

Canada

CA1
HW722
- 1995
A17

The NACA Position

on Determining Priorities in Health Care:
The Seniors' Perspective

3 1761 11557109 3


No. 17



Government
of Canada

Gouvernement
du Canada

National Advisory Council on Aging



Digitized by the Internet Archive
in 2022 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761115571093>

**THE NACA POSITION ON
DETERMINING PRIORITIES IN HEALTH CARE:
THE SENIORS' PERSPECTIVE**



**This position was unanimously adopted by
NACA members at the 41st Council Meeting,
February 7-9, 1995**

National Advisory Council on Aging

Information on this report may be obtained from:

National Advisory Council on Aging
OTTAWA, Ontario
K1A 0K9
Tel.: (613) 957-1968
Fax: (613) 957-7627

John E. MacDonell, M.D., FRCP(C)
Chairperson

Susan Fletcher
Executive Director
Seniors Directorate

The Seniors Directorate provides operational support to the National Advisory Council on Aging.

THE NACA POSITION ON... is a series of policy papers presenting NACA's opinions and recommendations on the needs and concerns of seniors and issues related to the aging of the population.

1st printing, 1995.

©Minister of Supply and Services Canada 1995
Cat. No.: H-71-2/2-17-1995
ISBN: 0-662-61702-9

WHAT IS THE NATIONAL ADVISORY COUNCIL ON AGING?

The National Advisory Council on Aging (NACA) was created by Order-in-Council on May 1, 1980 to assist and advise the Minister Health on issues related to the aging of the Canadian population and the quality of life of seniors. NACA reviews the needs and problems of seniors and recommends remedial action, liaises with other groups interested in aging, encourages public discussion and publishes and disseminates information on aging.

The Council has a maximum of 18 members from all parts of Canada. Members are appointed by Order-in-Council for two- or three-year terms and are selected for their expertise and interest in aging. They bring to Council a variety of experiences, concerns and aptitudes.

MEMBERS OF THE NATIONAL ADVISORY COUNCIL ON AGING

(as of February 9, 1995)

Chairperson

John E. MacDonell

Inverness, Nova Scotia

Members

Hortense Duclos

Montréal, Quebec

Gerald Hodge

North Vancouver, British Columbia

Bernice MacDougall

Estevan, Saskatchewan

Juliette Pilon

Sudbury, Ontario

Douglas Rapelje

Welland, Ontario

Patricia Raymaker

Calgary, Alberta

Médard Soucy

Baie-Comeau, Quebec

Mary Ellen Torobin

Gloucester, Ontario

Joyce Thompson

Charlottetown, Prince Edward Island

Paul Wong

Peterborough, Ontario

NACA BELIEFS

NACA believes that:

- Canada must guarantee the same rights and privileges to all its citizens, regardless of their age.
- Seniors have the right to be autonomous while benefitting from interdependence and to make their own decisions even if it means 'living at risk'.
- Seniors must be involved in the development of policies and programs and these policies and programs must take into account their individuality and cultural diversity.
- Seniors must be assured of adequate income protection, universal access to health care, and the availability of a range of programs and services in all regions of Canada that support their autonomy.

THE NACA POSITION IN BRIEF

Canada has developed a health care system that provides comprehensive and universally accessible care to all residents. However, choices among health care services will have to be made if the health care system is to remain affordable as well as universal. Decisions regarding health care priorities should be guided by consistent principles and should meaningfully involve all persons who are affected by health care decisions, including seniors.

The National Advisory Council on Aging (NACA) consulted health economist Douglas Angus and major seniors' organizations with the aim of establishing principles to assist in distinguishing essential from non-essential health care services. In developing its position, NACA considered the ethical principles involved in the distribution of public resources and the levels at which health care decisions are made.

In considering the availability and quality of health services, NACA examined the distribution of resources to health promotion in relation to health care, issues pertaining to the effectiveness and efficiency of health care services and the regionalization of health care decision-making.

1. With respect to the distribution of resources to health promotion in relation to health care, NACA recommends that:

The federal government allocate resources to develop effective, ongoing collaboration among departments whose activities impinge on the health status of Canadians in order to strengthen the social, educational, economic and environmental determinants of health.

Provincial and regional governments establish intersectoral co-ordination among ministries or service sectors concerned with the health and well-being of the population.

Health Canada, provincial/territorial ministries of health, regional health councils and health care institutions accord a higher priority than at present to promoting the health of the population.

The federal government, through the National Forum on Health, consult with the Canadian population at large to determine how individual freedom should be weighed in relation to health status in designing measures to promote and protect the health of the population.

2. With respect to improving the effectiveness and efficiency of the health care system, NACA recommends that:

Provincial/territorial governments continue to fund research that evaluates the effectiveness and efficiency of health services and products and to link the allocation of resources for existing and proposed services to the research findings.

Any proposed determination of priorities among health care services based on cost-effectiveness considerations be submitted for open discussion by all stakeholders, including seniors and their organizations to achieve common agreement on priorities and to avoid discrimination.

The provinces/territories make available alternative health care practitioners where appropriate and cost-effective.

The provinces/territories encourage the public through educational campaigns to use the services of the least-costly qualified health care providers and promote interdisciplinary partnerships among health care practitioners.

3. With respect to the regionalization of health care decision-making, NACA recommends that:

The federal and provincial/territorial governments and stakeholder groups determine the core health services and quality standards to be provided across Canada, and devolve responsibility for services beyond the minimum to local health authorities.

In considering the accessibility of health services, NACA considered the matter of public and private access to care, the methods by which health services are remunerated, the ways in which health care practitioners determine access to limited services and the extent and limits of patient choice in health care.

4. With respect to the question of public and private access to health care, NACA recommends that:

The federal and provincial/territorial governments diligently maintain a single-tiered system of universal access to essential health services.

5. With regards to the reimbursement schemes for health care practitioners, NACA recommends that:

Provincial/territorial governments adopt methods of reimbursing physician services that combine salary or capitation with fee-for-service to encourage the provision of medical care that is both cost-effective and meets individual needs.

6. With respect to the ways in which health care practitioners determine access to limited services, NACA recommends that:

Decision-makers at the meso level develop criteria for access to health services by means of clinical guidelines or practice protocols and monitor their application by individual practitioners.

The federal government and provincial/territorial governments give high priority to the wide dissemination of knowledge on best clinical practices through the Canadian Institute of Health Information.

Professional associations and health care institutions establish continuing education programs, peer review committees, external practice audits and other methods proven effective both to keep health care practitioners up-to-date with the evidence on the effectiveness of services and to modify their clinical practice accordingly.

7. With regards to the patient's right to decide his or her access to specific health services, NACA recommends that:

All factors influencing a patient's capacity to benefit from health services, including social supports, be taken into consideration in assessing the benefits and risks of treatment options.

Health services be provided only in accordance with a patient's free and informed consent, based on his/her values regarding the quality of life.

Measures that enhance an individual's capacity to make self-determined decisions regarding health care be legally recognized and widely implemented.

Ethics committees monitor the use of advance directives, living wills and power of attorney for personal care to ensure that their purpose is not subverted to deny legitimate treatment to individuals in need of care.

Individual and family requests for access to health services deemed by the treating professional(s) to yield only marginal benefits be considered by independent committees of professionals and ethicists who would evaluate the request based on evidence of the potential benefits in relation to the potential costs.

- 8. Finally, NACA addresses the need for open communication among decision-makers and stakeholders and the responsibility of citizens for participating in the decisions regarding the distribution of health care resources. NACA recommends that:**

All Canadians demand full and clear information from federal, provincial/territorial and local health authorities on health issues that affect them and their communities and actively participate in the consultations that lead to decisions about health priorities.

**THE NACA POSITION ON
DETERMINING PRIORITIES IN HEALTH CARE:
THE SENIORS' PERSPECTIVE**

INTRODUCTION

Over the last 30 years, under the leadership of the federal government, Canada has developed a publicly administered system of comprehensive and universally accessible health care services. Canada's health care system is a source of pride for Canadians and a cherished symbol of the values of equity and compassion that are intrinsic to our national identity. Justifiably, the great majority of Canadians—the National Advisory Council on Aging (NACA) included—are committed to continuing this system now and in the future.

Nevertheless, the costs of maintaining the health care system have been rising steadily, more than doubling since 1971.¹ At the present time, Canada spends about \$68 billion per year on health care, or about 10% of the Gross Domestic Product. Indeed, of all the industrialized countries which have predominantly publicly funded health care systems, Canada spends the most per person for health care services. The provinces and territories feel the burden of health care costs most acutely: health care is the largest single expenditure in their budgets, ranging from 24% of the budget in Newfoundland to 38% in Saskatchewan.² As necessary as health is, money spent on health care is money lost to other sectors that contribute to the well-being and prosperity of Canadians.

Although the *Canada Health Act* (1984) never suggested that universal health care insurance should provide *all* medical and hospital services to all Canadians, many people have come to believe that there is a promise to do so. For most of Canada's history under public health insurance, more resources have been added to the system to cover more, and increasingly sophisticated and expensive, services. However, as

the federal and provincial governments grapple with growing fiscal constraints and pressures on their capacity to deliver a wide range of public services, they are searching for ways to provide health care more efficiently and effectively, but still equitably.

Reducing inefficient and ineffective spending will help stretch the health care dollar further, but it will not be enough. Choices among health services will have to be made if the health care system is to remain affordable as well as universal.³ In assigning priorities, it is inevitable that some ‘desirable’ services will have to be denied: alternatives with low priority must be traded off for higher priority alternatives.

Determining priorities for health care is not easy. But it is essential. How should these decisions be made? Who will make them? To be sure, a variety of information-gathering and analytical techniques can be used, but scientific analysis can only inform decision-making. Because decisions on allocating public resources bear on fundamental moral values, such as justice, compassion and liberty, they are ultimately moral issues.⁴ Issues of public morality must be resolved by involving all people who have a stake in the issues. They must be allowed to shape decisions, based on the values they consider more important. The alternative is to make allocation decisions based on motives that may be contrary to the common good, such as yielding to powerful private sector lobbies like manufacturers of high-technology equipment, special interest groups or media-driven sympathy for individuals with special and costly needs.

When the Honourable Diane Marleau, Minister of Health, requested advice, NACA consulted Douglas Angus, a health economist, and major seniors’ organizations with the aim of establishing principles to assist in distinguishing essential from non-essential health care services. Representatives from national and provincial seniors’ organizations and from provincial councils attended a one-day workshop

organized by the Council to present their views on the principles that should underlie priority-setting in health care. Because seniors remember Canada prior to the development of its public health system, they have an important and unique role to play in any discussions regarding health care reform. NACA's position on determining health care priorities is informed by the views that seniors expressed at the workshop; throughout this report, views expressed at the workshop are quoted to highlight major points. As well, this report benefited substantially from the analyses of health economists and ethicists, especially those of Douglas Angus⁵ and Michael Yeo.⁶

1. ALLOCATION PRINCIPLES

"An approach to allocation should begin with a value-driven system that is decided collectively."

Ethicist Michael Yeo⁷ points out that in making decisions that require distributing resources and making trade-offs, two lines of moral reasoning are pertinent: What criteria should be used to decide what constitutes a fair distribution? and, What process should be applied to reach fair decisions? The first question refers to the substantive (or content) principles of justice and the second concerns the procedural (or process) principles of justice. In determining priorities in health care, the substance of the decisions and the process of decision-making are equally important.

According to Yeo, four relevant substantive principles can be used to determine health care priorities: need, equality, utility and liberty.⁸

Need: A health need is a requirement for some resource necessary to restore or maintain life or quality of life. The condition of human need creates an obligation to respond. In the context of health care, this principle requires that resources be allocated in proportion to health needs: the

greater the need, the more resources. When there are more needs than can be met (e.g., a busy emergency room), the greatest and most urgent should have priority.

Equality: The belief that every person is as important as anyone else leads to the principle of equality; that is, everyone should receive the same treatment. With respect to health, equality can mean equal access to health care services, and it can mean equal health status. People with equal needs should be treated similarly, without discrimination on the basis of factors unrelated to health, such as age, sex, income, ethnic origin or place of residence. For instance, if an 80-year-old and a 50-year-old person need a heart-transplant, both should receive it.

Utility: According to this principle, one should strive to achieve the greatest benefit for the greatest number of people. Thus, in health care, the priority should be to provide services that offer the most benefit to the most people. An example might be immunizing all children in a community against influenza instead of giving a few persons renal dialysis.

Freedom: People have freedom when they can make choices affecting themselves without interference from others. In Canadian health care, this principle currently entitles people to choose their physician (or an alternative health care practitioner for some services in some provinces) or to refuse the treatment recommended.

When making decisions about health care, these substantive principles must be weighed against one another in terms of their consequences. Canada's health care system has until recently placed emphasis on the principles of need and equality. Increasingly, however, the fiscal constraints have given the principle of utility greater

prominence. Will a greater emphasis on utility mean that individual needs may not be met, or that access to services will become less equal? Fears that cut-backs to a common health care system will mean erosion of quality (and poorer working conditions and remuneration for providers) have led to demands for greater personal freedom, both by health care providers who want to provide their services outside of provincial health insurance plans and by consumers who want the option of going to private clinics. Will equality be threatened by allowing greater individual freedom for consumers and providers in health care? There is no pre-set formula to set priorities among these principles: it is the process by which dominant values are selected which is critical to achieving a just outcome.

In a democratic society, the following three principles guide the process by which decisions regarding the allocation of public resources are made.⁹

Explicitness: The substantive principles upon which decisions are to be based and the process by which decisions are made must be explicit and open to public scrutiny.

Accountability: Those entrusted to make decisions must be accountable for the decisions they make.

Autonomy: People are entitled to participate in making decisions that directly affect them, or in which they have a stake; the greater the stake they hold, the greater their participation should be.

Adoption of these principles ensures that the process of deciding among priorities in health care is as fair as it can be; it also helps to build collective support for the choices that are made.

2. LEVELS OF DECISION-MAKING

The problem of allocating health care resources arises at three different levels of decision-making. Different substantive principles may be appropriate at these levels, but the process principles described above remain the same.

At the broadest—macro—level, the emphasis is on allocating resources to the health care system as well as other public sector priorities, such as employment, transportation and education. These government policy decisions take place within the federal and provincial/territorial cabinets. At another level of macro decision-making within federal and provincial/territorial departments or ministries of health, or regional health councils, decisions are made with respect to the allocation of resources within the health system. It is here that issues arise regarding the appropriate amount of resources to distribute to acute-care hospitals, community health services, drugs and so on.

The intermediate—meso—level of decision-making occurs within institutions, hospitals or community agencies. At this level, decisions are made with respect to the distribution of resources that have been received from the ministries of health. For instance, hospital boards decide how much of their global budget to allocate to out-patient surgery, diagnostic services, rehabilitation, geriatric units and so on.

The lowest—micro—decision-making level involves the individual health care provider and the patient. Here, decisions revolve around concerns as to whether or not a particular patient will receive a given service and which individuals will have access to resources that are available in limited supply. Examples include establishing priorities for patients awaiting bypass surgery, hip replacements, cataract removal and so on.

The three levels of decision-making are distinct and involve different decision-makers and stakeholders. At the macro and meso levels, decisions concern the *availability and quality* of services, while at the micro level, decisions pertain to *access* to health services. At the macro level, politicians and/or bureaucrats make decisions regarding the allocation of resources to and within the health care system with varying degrees of input from stakeholders, including health care professionals, other health care interests and the public. At the meso level, decisions and priorities are generally made by Boards of Trustees, administrators and managers working in collaboration with health care professionals; stakeholder groups include the health care professions and the local residents. Finally, at the micro level, physicians usually have the main prerogative for decision-making, although increasingly, other health care professionals are providing valuable input during the decision-making. The stakeholders here are obviously the individual patient and his/her family.

While these levels of decision-making have been discussed separately, in fact all are interconnected. This is clearly one of the challenges of decision-makers. For instance, the amount of money a government budgets for health care determines how much money is available for hospitals, health centres, physician services, drugs, etc. The money available for each of these areas then puts a limit on how much is available for seniors within each area. This limit to the availability of services in turn establishes ceilings on the degree of accessibility of those services to individuals in need in the community. Thus, eventually, decisions made at the "top" make their way down to the frontlines of the health care system, where services and treatments are provided to (or withheld from) some (but not all) individuals.

3. AVAILABILITY AND QUALITY OF HEALTH SERVICES

3.1 Health versus Health Care

"Health is more than health care: it is also housing, transportation, income security and a healthy environment."

"At the regional level, there should be coordination between health, housing and social planning councils."

NACA has adopted a global perspective that defines health as a key resource for living, involving an equilibrium with one's environment and with one's physical and mental strengths and limitations.¹⁰ Consistent with this broad understanding of health, the *Canada Health Act* (1984) states, "The primary objective of Canadian health care policy is to protect, promote and restore the physical and mental well-being of residents of Canada and to facilitate reasonable access to health care without financial or other barriers."¹¹

Nevertheless, it has become evident that far greater emphasis at all levels of decision-making has been placed on restoration than on protection and promotion. Equality of access to medical and hospital services has taken precedence over the goal of 'achieving health for all'—that is, assuring the equality of health status among Canadians. Indeed, major national surveys have shown that persons with low income experience lower health status than middle and upper-income persons, despite their greater use of health care services.¹²

Health is determined by factors other than access to health services. These include income, education, environment, genetics and individual practices. Canadian health policy makers have known this for the past 20 years.¹³ However, there has not yet been a sufficient allocation of public resources to protecting and preserving the

health of Canadians by enhancing the factors that determine health. This is undoubtedly a more difficult task because it requires the close collaboration of many policy sectors at all levels of government. The gains of such an approach are long-term and the tendency to give priority to immediate needs for health care services is understandably strong, particularly at the meso level of decision-making. In addition, some measures that would promote a healthy population may involve public decisions that limit individual choice or invade personal privacy: for instance, obliging people to wear seat belts, advertizing methods of AIDS prevention on television or forbidding smoking in public places.

NACA believes that in allocating resources for health, greater priority than at present should be given to implementing policies that promote health as a means of achieving equality in health status among Canadians, even at the expense of individual freedom in some instances. If health protection and promotion do not assume higher priority, inequalities in health will persist and the demands for health care services may outstrip the resources available. In accordance with this position, the representatives of national seniors' organizations attending NACA's workshop stressed that, to improve the health of seniors, greater emphasis should be placed on developing a holistic 'health system' that takes into account financial security and a supportive social and physical environment rather than on continuing to expand the current 'illness system'. Hence,

NACA recommends that:

The federal government allocate resources to develop effective, ongoing collaboration among departments whose activities impinge on the health status of Canadians in order to strengthen the social, educational, economic and environmental determinants of health.

Provincial and regional governments establish intersectoral co-ordination among ministries or service sectors concerned with the health and well-being of the population.

Health Canada, provincial/territorial ministries of health, regional health councils and health care institutions accord a higher priority than at present to promoting the health of the population.

The federal government, through the National Forum on Health, consult with the Canadian population at large to determine how individual freedom should be weighed in relation to health status in designing measures to promote and protect the health of the population.

3.2 Effectiveness and Efficiency

"Wants and needs are very different concepts; you may 'want' a sedative, but you may 'need' exercise."

The notion of health need is very elastic, despite attempts to circumscribe it by using attributions such as 'medically necessary' or 'essential'. In practice, physicians define patients' needs in terms of the services they provide. The use of health services (presumed to reflect need) is heavily influenced by factors such as the number of physicians available, variations in styles of practice, the development of new technologies and the age of the patient.

The number of doctors available to serve the population influences the usage of health services: the more doctors there are, the more health services are used. Currently, Canada has an oversupply of physicians to meet health care needs,¹⁴ although there may be an undersupply of certain medical specialists.

Wide variations among geographical areas exist in the rates of certain health services, including surgical procedures and length of hospital stays. Research shows that geographic differences in the prevalence of certain disease conditions are not sufficiently great to justify these variations in treatment practices; for instance, Canada has the highest rate of gall-bladder surgeries among Western countries, although there is a similar proportion of people with gallstones in all countries.¹⁵ The variations in services reflect local standards of practice that are heavily influenced by the preferences of the medical leaders in each country, region, or community rather than by objective evidence of the effectiveness of different services in meeting health needs.

New needs are created by the development of new diagnostic and treatment technologies, including pharmaceutical products. There is a general uncritical belief that new technologies are always better than existing ones, and the introduction of a technology leads to a demand for its use. Nevertheless, most new health care technologies are adopted with only minimal evidence of their clinical effectiveness.¹⁶

With advancing age, many people develop health conditions requiring health care. However, in recent decades, the intensity of services provided to seniors has increased; in British Columbia, for instance, overall hospital rates decreased by 16% between 1969 and 1988 but increased among seniors by 14%.¹⁷ The increased intensity of long-term, rehabilitation and acute-care health services cannot be explained by a deterioration in the health of seniors, nor can it be justified in terms of improved health outcomes, since the rise in service use is related to conditions for which there have been no significant improvements in treatment (e.g., senile dementia, cardiovascular disease).¹⁸

"We must do the right thing to the right people at the right time."

An approach to assessing needs and setting priorities among them is to link them with benefits.¹⁹ A person is in **need** of a health service if he/she will gain some benefit from it. If someone is too sick to benefit from any treatment, or has a disease for which no treatment exists, or yet again, will heal just as quickly with or without health care (e.g., the common cold), this person is not in need of health care. Thus, health care can be determined by assessing how much benefit is gained by a service in terms of life extension and/or improvement of the quality of life. A beneficial service is an **effective** one.

When resources are limited, however, services also have to be assessed in terms of their efficiency as well as their effectiveness. An **efficient** service is one that provides health benefits at the lowest cost.

The Canadian health care system is frequently criticized for providing services whose effectiveness has not been demonstrated and for delivering these services with minimal consideration of cost.²⁰ In response to these criticisms and to the financial pressures on the health care system, much research is being devoted across Canada to identify health services that are effective, and among those that are effective, the ones that are least costly.²¹ Provincial/territorial ministries of health and health care institutions, in turn, are gradually shifting the allocation of available resources away from services that have been shown to be less effective and efficient (for instance, by de-insuring certain laboratory tests for persons not considered at risk for a particular disease or by proposing to de-insure the annual routine health examination). For example, in the Netherlands, the Committee on Choices in Health Care developed a model to determine health care priorities; the model includes an assessment of what is necessary care, assessments of the clinical effectiveness and economic efficiency of alternative treatments and a consideration of the extent to which individuals should be responsible for financing that care (i.e., user charges).²²

In light of these considerations,

NACA recommends that:

Provincial/territorial governments continue to fund research that evaluates the effectiveness and efficiency of health services and products and to link the allocation of resources for existing and proposed services to the research findings.

"Seniors are concerned about possible discrimination in health service allocation."

By stretching available resources further to give the greatest benefit to the most people, the application of the principle of utility through the economic criteria of effectiveness and efficiency is consistent with and, indeed, reinforces the principle of equality. However, there is a danger that rigid adherence to the principle of utility in health care decision-making can conflict with the value of equality. As well, the differences in effectiveness and efficiency among various services are not always clear.

In recent years, economic measures of health outcomes have been devised to compare different treatments with respect to their effectiveness in extending life and in improving quality of life. They bear names such as 'healthy-year equivalents' (HYE), 'health-adjusted life expectancy' (HALE) and 'quality-adjusted life years' (QALY). For example, economists estimate how many QALYs each service or treatment is worth, then divide the cost of the service by the number of QALYs to obtain an estimate of cost-per-QALY. A service with a lower cost-per-QALY is considered to be more cost-effective, and thus to have a higher priority in a limited array of health services than a service with a higher cost-per-QALY.

The best-known example of the use of health outcome measures to set priorities is that of the state of Oregon. Four years ago, Oregon used QALYs to establish priorities among health services in order to extend public health care coverage to persons previously ineligible for Medicaid. Legislators planned to proceed top-down, funding treatments higher on the list of priorities until the point at which the available funds were depleted; treatments below that point would not receive funding. The plan, which was never implemented, generated much discussion, both because of the extensive public consultations conducted and because of the ethical implications of the priority listing.²³

A major difficulty with the establishment of service priorities based solely on maximizing benefits at least cost is that it can easily lead to discrimination against disabled persons and seniors. Long-term care for chronic disabilities, palliative care and many treatments for diseases common in later life obtain low QALYs, because the extension of life is limited and/or the gains in quality of life expected from these services are not as great as for other services. In NACA's workshop, seniors placed a high value on achieving greater effectiveness and efficiency in the health care system, but expressed concern that negative stereotypes about aging and seniors could lead to age discrimination in the guise of economic 'objectivity'.

Although these measures provide useful information on the cost-effectiveness of health services, the values of equality and meeting needs must balance that of utility so that setting priorities among treatments does not lead to discrimination against people with particular health needs. Also, because setting priorities involves weighing the potential benefits and harms of various service options to the whole population, all stakeholders must be meaningfully involved.

NACA recommends that:

Any proposed determination of priorities among health care services based on cost-effectiveness considerations be submitted for open discussion by all stakeholders, including seniors and their organizations, to achieve common agreement on priorities and to avoid discrimination.

"A greater case should be made for alternative or complementary types of health care."

It has been shown that many services provided by chiropractors, midwives, nurse-practitioners and nurse anaesthetists are equal to those of physicians and more cost-effective, and that family physicians can provide many services as competently and more cheaply than specialists.²⁴ For example, nurse practitioners have become widespread in the United States, working in areas such as general practice, geriatrics, paediatrics, family planning, psychiatry and obstetrics: studies show that nurse practitioners provide a similar quality of care as physicians, are accepted by patients in lieu of doctors and generate lower health care costs than doctors.²⁵ Thus, substitution of the services of an equally competent, but less expensive health service provider for physician services is recommended by health economists.

The entry of alternative health care practitioners has occurred to some extent in Canada (for instance, midwives are licenced to practice in Ontario and chiropractors are covered by health insurance in some provinces). Nevertheless, the opposition of powerful professional lobby groups has prevented further human resources substitution in the health field or collaboration between established and newer groups of health practitioners (for example, Ontario's attempts to increase the scope of duties of nurse practitioners and Quebec's efforts to allow midwifery have been fiercely opposed by physicians). To allow Canadians a wider choice among competent health care practitioners, while using limited health resources more judiciously,

NACA recommends that:

The provinces/territories make available alternative health care practitioners where appropriate and cost-effective.

The provinces/territories encourage the public through educational campaigns to use the services of the least-costly qualified health care providers and promote interdisciplinary partnerships among health care practitioners.

3.3 Universality and Regionalization

"We should not arrive at a point where the regionalization of service allocation is accompanied by a lack of a more global perspective and the loss of cross-regional services."

In the context of broad health reforms, the provinces have devolved, or are in the process of devolving or decentralizing the planning and delivery of health care to the regional level. It is believed that decentralization will allow consumers to play a greater role in allocation decisions directly affecting them and will allow for a flexible establishment of priorities in accordance with community needs. There is a danger, however, of creating disparities among regions in the type and quality of services offered.²⁶ NACA believes that universality in health care means that, even in a decentralized system, people in all regions should have access to a core of common services with a standard level of quality.

NACA recommends that:

The federal and provincial/territorial governments and stakeholder groups determine the core health services and quality standards to be provided

across Canada, and devolve responsibility for services beyond the minimum to local health authorities.

4. ACCESSIBILITY OF HEALTH SERVICES

4.1 One Tier or Two?

"The U.S. has an 'efficient' allocation based on capacity to pay, whereas Canada has developed an allocation system based on the fundamental principles of the Canada Health Act. "

"The principles of the Canada Health Act are sound and should serve as the foundation of the future. "

The principle of equality is expressed in the *Canada Health Act* through the condition of universal access; that is, all residents of Canada have (or should have) access to the same package of health care services, without financial or other barriers. Universality thus denies people who can pay privately the freedom of buying more and better services. When, as in the past, the health care system provides everyone with almost everything, this limit to individual freedom is not a major issue of contention. In recent years, the non-coverage of some services considered to be non-essential, such as surgical correction for myopia and cosmetic surgery, has led to the establishment of a private system which provides these services at personal cost. Increasingly, as waiting lists for insured health services grow, for-profit clinics are being established in some areas to offer services to people who can pay and do not want to wait. As the health care system is forced to offer a reduced package of common services, the claims for greater individual freedom at the expense of equality may become more insistent. How should these claims be evaluated?

On one hand, the growth of a second, private tier in the health care system could be advantageous to the public tier by relieving the demand for services and freeing up resources. In addition, the private system could serve as an experimental ground for new services that could be transferred to the public system as their effectiveness and efficiency are perfected. This would work, however, only if those who choose the private system continued to support the public system; if support for a common system is challenged, the quality of the system could diminish for those who do not have the option to choose. A single health care system assures equality of health care; however, it also condemns everyone to mediocre care if cost pressures lead to a general reduction in the availability and quality of care.

Excellent care for some and poor care for others, or mediocre care for everyone—is this the inevitable choice? The best solution is solidarity (that is, a common commitment to providing the best care possible, within fiscal limits, to all residents of Canada). The commitment to a universal, single-tiered system without special privileges was reaffirmed at NACA’s workshop on determining priorities in health care. Thus,

NACA recommends that:

The federal and provincial/territorial governments diligently maintain a single-tiered system of universal access to essential health services.

4.2 The Dilemmas of Health Practice

Physicians and other health professionals have a primary moral duty to serve each patient to the best of their ability, with all the resources at their disposal. In practice, health professionals do weigh factors other than the benefit of a single patient in their decisions. If a health professional has to choose between helping one person or another person whose need is more urgent, he or she will meet the urgent needs

first.²⁷ A professional's decisions are also influenced by the expectations of the patient, of the patient's family and of other health professionals.²⁸ Finally, the method by which the professional is remunerated will influence clinical decision-making.

In the Canadian health care system, most physicians are paid a fee for each service they render and some services are paid more highly than others. Thus, doctors who spend less time with an individual patient and provide more reimbursable services (for instance, diagnostic tests, repeat visits, well-paid treatments) are economically advantaged. The fee-for-service scheme is one of the factors responsible for the high cost of the health care system because it encourages the provision of excess services.²⁹ It is also partly responsible for the problem of excessive and inappropriate medication of seniors because handing out prescriptions can be a fast way of dealing with seniors' health complaints.³⁰ Indeed, fee-for-service is incompatible with geriatric practice, because diagnosis and treatment of older patients is often more time-consuming. It also provides no incentives for doctors to engage in health promotion. Thus, fee-for-service may be in conflict with both the principles of utility and of meeting needs.

Alternatives to fee-for-service reimbursement have been proposed.³¹ These include payment by salary and capitation (that is, paying each physician a fixed amount for each patient enrolled in his/her practice). For example, in Quebec, physicians working in community health and social service centres are salaried and in the United States, doctors working in Health Maintenance Organizations (HMOs) are paid through capitation. Reimbursement by salary and capitation reduces service excess, since there is no monetary advantage to providing more services than are needed. On the other hand, these schemes could also discourage the provision of extra services in cases where more than a minimum is required. A combination of one of these alternatives with fee-for-service for special services may be the optimal solution. For instance, general practitioners in the United Kingdom receive capitation

payments and a salary payment as well as fee-for-service payments to encourage the provision of some services, such as maternity care, vaccination and Pap tests.³²

NACA recommends that:

Provincial/territorial governments adopt methods of reimbursing physician services that combine salary or capitation with fee-for-service to encourage the provision of medical care that is both cost-effective and meets individual needs.

"Individual providers have a moral obligation to treat each individual and consider his/her needs in isolation; these needs must then be referred to a collective process to establish priorities Decision-making about needs and treatments must be broadened so that physicians are not the ultimate deciders."

Health professionals are morally bound to deploy all the available resources necessary to meet each and every patient's health care needs. They cannot balance their claims against those of other professionals who may also be making legitimate claims on behalf of their patients, nor can they decide which of their equally needy patients should have priority for a particular service. If health professionals were to make decisions to allocate a needed service to one patient but not another, the trust inherent in the professional-patient relationship would be undermined.

Decisions regarding access to services are policy decisions, not clinical decisions, and therefore should be addressed at a level of decision-making that is higher than the micro provider-patient level. The best way of incorporating cost-effectiveness considerations in the access of patients to services is to establish practice guidelines and protocols at the institutional level to orient the decisions of the health professional at the micro level.

NACA recommends that:

Decision-makers at the meso level develop criteria for access to health services by means of clinical guidelines or practice protocols and monitor their application by individual practitioners.

In their efforts to provide care that best meets patients' health needs, health professionals have a responsibility to keep abreast of evidence on the effectiveness of the services they offer, to weigh the relative benefits of a service for a patient and to modify their practice accordingly.³³ By setting priorities for access to services on the basis of patients' capacity to benefit from these services, health professionals act in a morally principled way vis-à-vis each patient. Evidence suggests that only 'reading the literature' and continuing education courses are useful in increasing professionals' awareness of new developments: the wide dissemination of pertinent new knowledge is thus important.³⁴ Improving knowledge is only the first step in modifying clinical practice, however, and must be supplemented by other methods, such as peer reviews and external practice audits, which provide concrete incentives to change.

NACA recommends that:

The federal government and provincial/territorial governments give high priority to the wide dissemination of knowledge on best clinical practices through the Canadian Institute of Health Information.

Professional associations and health care institutions establish continuing education programs, peer review committees, external practice audits and other methods proven effective both to keep health care practitioners up-to-date with the evidence on the effectiveness of services and to modify their clinical practice accordingly.

4.3 Only the Best Care: The Extent and Limits of Patient Autonomy

"Individuals must have the power to decide: risks, possibilities, complications, chances of rehabilitation, procedures and treatments and future care must be explained to them."

As the person directly affected by health care decisions, the individual patient is entitled to a thorough consideration of all factors that will affect the potential benefits and risks of treatment. The participants at NACA's workshop affirmed that the assessment of benefits and risks of treatment for seniors must take into account supports to seniors' recovery, including the family and support systems available in the community.

As well, the patient has a right to explicit information from the health professionals involved in his/her care regarding the likely benefits and risks of diagnostic and treatment options. Any value judgements made by the professionals in assessing the benefits and risks of recommended care options should be clearly communicated to the patient (e.g., the professionals' assumptions regarding what constitutes an 'acceptable' quality of life or an 'acceptable' duration of life). The representatives of seniors' organizations consulted by NACA were of the firm opinion that the patient is entitled to have as much information as needed and as often as needed to give informed consent to treatment.

Because it is his or her life at stake, the patient's values regarding the quality and duration of life should be known by the health professionals providing care, who in turn, should be guided by these values in determining the plan of care for the patient. As ethicist Jocelyne Saint-Arnaud states:

It is the patients themselves who know if a treatment is too difficult for them, whether they are prepared to accept resuscitation or chemotherapy that might lead to a longer, but qualitatively diminished life, whether

they could accept a life in a coma, on intravenous feeding or on a respirator for the rest of their life as a quadriplegic.³⁵

The participants in NACA's workshop agreed that the quality of life from the patient's perspective should take priority over mere life extension in health care decisions and that individuals must have the ultimate power to decide what happens to them.³⁶

NACA recommends that:

All factors influencing a patient's capacity to benefit from health services, including social supports, be taken into consideration in assessing the benefits and risks of treatment options.

Health services be provided only in accordance with a patient's free and informed consent, based on his/her values regarding the quality of life.

In Canada, the patient's right to information and to participation in clinical decision-making is expressed in laws requiring that medical treatment cannot be carried out without the free and informed consent of a mentally-competent patient. For the consent to be free, the individual must be able to choose without undue pressure from health professionals or family who may prefer a certain option for professional, economic or other reasons. Nor should the individual feel abandoned or rejected by them if his or her choice does not coincide with theirs.

An individual also has the right to revoke consent during the treatment and health professionals should respect this change of mind. The patient's right to refuse treatment or to withdraw consent for treatment already begun has been recognized in a number of cases presented to Canadian courts; for instance, in the *Nancy B. v. Hôtel-Dieu* case, a Quebec judge decided in favour of withdrawing an irreversibly paralysed young woman from her respirator at her request.³⁷

In many provinces, the right of competent persons to free and informed consent has been or is in the process of becoming extended to situations where the person is no longer competent, through a living will or advance directive or appointment of a power-of-attorney for personal care.³⁸ These instruments of patient self-determination in decision-making are usually invoked to protect incompetent patients against the use of extraordinary technologies that may extend life, but compromise the quality of life.

By limiting the use of undesired high-technology life-extension, it is probable that measures such as living wills and advance directives would reduce health care costs to some extent. This economic outcome is, however, secondary in importance to respect for patient self-determination and quality of life considerations. If economic motives were to figure prominently in decisions to encourage patients to use advance health directives, and if there are no means of monitoring attorneys for personal care, these tools of patient autonomy could become subverted into a means of denying health care to individuals with extreme or chronic health needs.

NACA recommends that:

Measures that enhance an individual's capacity to make self-determined decisions regarding health care be legally recognized and widely implemented.

Ethics committees monitor the use of advance directives, living wills and power of attorney for personal care to ensure that their purpose is not subverted to deny legitimate treatment to individuals in need of care.

In some instances, patients and/or their families may demand costly and intensive treatments, perhaps as a 'last resort' in desperate cases; for instance, a patient may request a costly new drug to treat an advanced case of cancer. If the best available evidence suggests that the benefits of such treatment are only marginal, then

the patient has a weak claim to access limited health resources which could be more effectively applied to meeting the legitimate needs of others. Health professionals are morally justified in denying these individual requests, although the denial of access to treatment may undermine the bond of trust between the patient and the treating professional. To maintain the bond of trust between the treating professional and the patient while assuring that the most objective and fairest decisions are made, it may be advisable for such decisions to be made at the institutional level by a committee composed of health professionals and ethicists.

NACA recommends that:

Individual and family requests for access to health services deemed by the treating professional(s) to yield only marginal benefits be considered by independent committees of professionals and ethicists who would evaluate the request based on evidence of the potential benefits in relation to the potential costs.

5. IMPLEMENTING PROCESS VALUES IN DETERMINING HEALTH CARE PRIORITIES

The determination of priorities for Canada's health system is a complex process, involving substantive values that may be either mutually reinforcing or conflicting or that may be applicable at one level of decision-making but not another. Although ethical principles can be clarified at each level of decision-making, the choice of values that will prevail must be made in an explicit, accountable process between decision-makers and stakeholders. During NACA's consultation with national seniors' organizations, several problems with the process of decision-making were raised. These include: 1) a lack of full co-operation between the provincial/territorial and federal governments; 2) 'turf wars' for resources between hospitals and community health services, health services within an institution or among groups of health

professions; and 3) a lack of clear and complete communication and accountability in the relationship between health care professionals and individual patients. To this list, health economists Greg Stoddart and Morris Barer add the general lack of information conveyed to the public. These authors state:

To date, the job of informing the public done by all parties—including providers, governments, funding agencies, educators and researchers—has been somewhere between nonexistent and ‘clearly inadequate’. The information that the public might like to have is lacking, the mechanisms for transmitting the information are underdeveloped or absent, and the established processes for soliciting the views of the public and using the information in short-term and long-term allocative decision-making are either nonexistent or crude or sporadic.³⁹

Throughout this report, NACA has made several recommendations designed to improve the process of health decision-making at the macro, meso and micro levels. NACA is pleased with the recent establishment of the Canadian Institute for Health Information (CIHI) as a means to assemble, synthesize and effectively disseminate knowledge about health and health care. NACA also welcomes the creation of the National Forum on Health as a vehicle for informing the Canadian public and involving it in a meaningful way in making macro-allocation decisions in health care. The Council hopes that the Forum will become a model for participative decision-making at both the macro and meso levels.

While the dissemination of explicit information and the establishment of mechanisms for full and effective stakeholder participation lies with those who ultimately allocate resources—politicians, bureaucrats, trustees and health professionals—the public, collectively and individually, is responsible for demanding information, reflecting on it and becoming involved in the decisions.

NACA's final recommendation is that:

All Canadians demand full and clear information from federal, provincial/territorial and local health authorities on health issues that affect them and their communities and actively participate in the consultations that lead to decisions about health priorities.

NOTES

- 1) Health Canada. Policy Planning and Information Branch. *Health Expenditures in Canada: Fact Sheets*. Ottawa: 1993.
- 2) Rachlis, M.R. and C. Kushner. *Strong Medicine: How to Save Canada's Health Care System*. Toronto: HarperCollins, 1994.
- 3) Lowy, F.H. Restructuring health care: rationing and compromise. *Humane Medicine*, 8, 4, (1992): 263-267.

Angus, D.E. *Gems of Wisdom: Seniors' Views on Priorities for Health Care*. Report prepared for the National Advisory Council on Aging. Ottawa: 1994.
- 4) Yeo, M. *Ethics and Economics in Health Care Resource Allocation*. Working Paper. Project on the Cost-effectiveness of the Canadian Health Care System. Queen's-University of Ottawa Economic Projects, 1993.
- 5) Angus, D.E., *op. cit.*
- 6) Yeo, M., *op. cit.*
- 7) Yeo, M., *op. cit.*
- 8) Yeo's (ibid.) outline of the relevant ethical criteria concurs with those discussed by other ethicists, including the following:

Buchanan, A. Health-care delivery and resource allocation. In *Medical Ethics*, Veatch, R. (ed.). Boston: Jones and Bartlett, 1989: 291-327.

Storch, J. Major substantive ethical issues facing Canadian health care policymakers and implementers. *Journal of Health Administration Education*, 6, 2, (1988): 263-271.
- 9) Yeo, M., *op. cit.*
- 10) National Advisory Council on Aging. *The NACA Position on Community Services in Health Care for Seniors*. Ottawa: 1990.
- 11) Canada, House of Commons. *Debates*, January 20, 1984.
- 12) Statistics Canada and Health and Welfare Canada. *The Health of Canadians: Report of the Canada Health Survey*. Catalogue 82-538E. Ottawa: 1981.

Statistics Canada. *Health Status of Canadians: Report of the 1991 General Social Survey*. Catalogue 11612E-08. Ottawa: 1994.

- 13) Lalonde, M. *A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document*. Ottawa: Health and Welfare Canada, 1974.

- Evans, R.G., Barer, M.L. and T.R. Mamer. *Why are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*. Hawthorne, N.Y.: Aldine de Gruyter, 1994.

- 14) Barer, M.L. and G.L. Stoddart. *Toward Integrated Medical Resource Policies for Canada*. Report prepared for the Federal/Provincial/Territorial Conference of Deputy Ministers of Health, 1991.

- 15) Rachlis, M. and C. Kushner. *Second Opinion: What's Wrong with Canada's Health Care System and How to Fix It*. Toronto: Collins, 1989.

- 16) Feeny, D. Technology assessment and health policy in Canada. In *Limits to Care: Reforming Canada's Health System in an Age of Restraint*, Blomqvist, A. and D.M. Brown (ed.). Toronto: C.D. Howe Research Institute, 1994.

- 17) Anderson, G.M. et al. Acute care hospital utilization under Canadian national health insurance: The British Columbia experience from 1969 to 1988. *Inquiry*, 27, (Winter, 1990): 352-358.

- 18) Barer, M.L. et al. Aging and health care utilization: New evidence on old fallacies. *Social Science Medicine*, 24, 10 (1987): 851-862.

- Hertzman, C. et al. Flat on your back or back to your flat? Sources of increased hospital services utilization among the elderly in British Columbia. *Social Science Medicine*, 30, 7, (1990): 819-828.

- 19) Cuyler, A.J. *Ethics and Efficiency in Health Care: Some Plain Economic Truths*. Paper C91-1. Hamilton: Centre for Health Economics and Policy Analysis, McMaster University, 1991.

- 20) Rachlis, M. and C. Kushner, *op. cit.*

- Stoddart, G.L. and M.L. Barer. Toward integrated medical resource policies for Canada: 10. Information creation and dissemination. *Canadian Medical Association Journal*, 147, 9 (1992): 1325-1329.

- 21) Since the late 1980s a number of health technology assessment centres and health services research centres have been established. These include the Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment, the Conseil d'évaluation des technologies de la santé in Quebec, the Centre for Health Services and Policy Research at the University of British Columbia and the Institute for Clinical Evaluation Studies at the University of Toronto.

- 22) Kirkman-Liff, B.L. Health care reform: The Netherlands, Germany and the U.K. In *Limits to Care: Reforming Canada Health System in an Age of Restraint*, Blomqvist, A. and D.M. Brown (eds.). Toronto: C.D. Howe Research Institute, 1994.

- 23) Yeo, M., *op. cit.*
- 24) Manga, P. and T. Campbell. *Health Human Resources Substitution: A Major Area of Reform Towards a More Cost-effective Health Care System*. Working Paper 94-01. Project on the Cost-Effectiveness of the Canadian Health Care System. Queen's-University of Ottawa Economic Projects, 1994.
- 25) Canadian Nurses Association. *The Scope of Nursing Practice: A Discussion Paper*. Cited in Manga, P. and T. Campbell, *op. cit.*

Manga, P. and T. Campbell, *op. cit.*
- 26) Quebec has had a regionalized health care system for several years, with local community service centres (CLSCs) providing community-based health and social services. However, the Quebec Auditor-General has recently criticized the absence of uniform standards of home care in CLSCs across the province.

Vérificateur général du Québec. Rapport du Vérificateur général du Québec. Québec: 1994.
- 27) Cuyler, A.J., *op. cit.*
- 28) Hébert, Réjean. Le médecin: Un pusher légal? *Toxicomanies et troisième âge*. Les cahiers des journées de formation annuelle du Sanatorium Bégin. Numéro 3. Lac Etchemin: Sanatorium Bégin, 1984: 35-42.
- 29) Rachlis, M. and C. Kushner, *op. cit.*

Feeny, D., *op. cit.*
- 30) Davidson, W. et al. Relation between physician characteristics and prescribing for elderly people in New Brunswick. *Canadian Medical Association Journal*, 150, 6, (1994): 917-921.
- 31) Soderstrom, L. Health care reform in Canada: Restructuring the supply side. In *Limits to Care: Reforming Canada's Health System in an Age of Restraint*. Blomqvist, A. and D.M. Brown (ed.). Toronto: C.D. Howe Research Institute, 1994.
- 32) Soderstrom, L., *op. cit.*
- 33) Cuyler, A.J. (*op. cit.*) advises that "[the doctor's] judgment needs constantly to be exercised by questions like: is the health benefit I predict from this course of action more or less than that from an alternative? Is the benefit worth the expected cost? How much do I actually know about the benefit and how reliable is my diagnosis and prognosis? . . . Am I on top of the available evidence on effectiveness in the literature?"
- 34) Feeny, D., *op. cit.*

- 35) Saint-Arnaud, J. Autonomy, self-determination and the decision-making process concerning end-of-life treatment. In *Writings in Gerontology, No. 13: Ethics and Aging*. Ottawa: National Advisory Council on Aging, 1993.
- 36) At the present time, NACA is monitoring the hearings of the Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide. Sometime in 1995, the extent to which an individual can decide how and when he or she will die will be determined by an open vote in the House of Commons.
- 37) Saint-Arnaud, J., *op. cit.*
- 38) Currently, advance directives, a mandate or a power-of-attorney for personal care is legally recognized in Nova Scotia, Quebec, Ontario and Manitoba.
- 39) Stoddart, G.L. and M.L. Barer, *op. cit.*

**POSITION PAPERS
OF THE
NATIONAL ADVISORY COUNCIL ON AGING**

7. The NACA Position on the Goods and Services Tax, February 1990.
8. The NACA Position on Community Services in Health Care for Seniors, February 1990.
9. The NACA Position on Informal Caregiving: Support and Enhancement, September 1990.
10. The NACA Position on Lifelong Learning, October 1990.
11. The NACA Position on Gerontology Education, December 1991.
12. The NACA Position on Managing an Aging Labour Force, February 1992.
13. The NACA Position on Canada's Oldest Seniors: Maintaining the Quality of their Lives, January 1993.
14. The NACA Position on the Image of Aging, February 1993.
15. The NACA Position on Women's Life-Course Events, September 1993.
16. The NACA Position on Community Services in Health Care for Seniors: Progress and Challenges, March 1995.

ACKNOWLEDGEMENTS

The Council acknowledges with thanks the contribution made to *The NACA Position on Determining Priorities in Health care: The Seniors' Perspective* by the staff of the Seniors Directorate.

Research: Louise Plouffe

Editing: Francine Beauregard
Stan Swaren
André Vermette

Formatting: Josée Mongeon

MEMORANDUM

MEMORANDUM

REMERCIEMENTS

Le Conseil remercie le personnel de la Direction des aînées et aînés pour sa contribution à l'élaboration de *La position du CCNTA sur l'établissement des priorités dans les soins de la santé: le point de vue des aîné-e-s*.

Recherche:

Louise Plouffe

Révision:

Francine Beauregard
Michèle Quenneville

Présentation:

Josée Mongeon

**POSITIONS
DU**

CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE

7. La position du CCNTA sur la taxe sur les produits et services, février 1990.
8. La position du CCNTA sur les services communautaires dans les soins aux aînés, février 1990.
9. La position du CCNTA sur l'aide informelle: soutien et mise en valeur, septembre 1990.
10. La position du CCNTA sur l'éducation continue, octobre 1990.
11. La position du CCNTA sur la formation en gérontologie, décembre 1991.
12. La position du CCNTA sur la gestion d'une population active vieillissante, février 1992.
13. La position du CCNTA sur le quatrième âge au Canada: maintenir la qualité de la vie, janvier 1993.
14. La position du CCNTA sur l'image publique du vieillissement, février 1993.
15. La position du CCNTA sur les événements de la vie des femmes aînées, septembre 1993.
16. La position du CCNTA sur les services de santé communautaires destinés aux aîné-e-s: progrès et défis, mars 1995.

- 35) Saint-Arnaud, J. Autonomie, autodétermination et processus décisionnel quant aux traitements de fin de vie. In *Écrits en gériatologie*, n° 13: *Questions éthiques et vieillissement*. Ottawa: Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1993.
- 36) Le CCNTA suit les audiences qu'une commission spéciale du Sénat tient actuellement sur l'euthanasie et le suicide assisté. Au cours de 1995, les membres de la Chambre des communes détermineront, par un vote à main levée, les limites selon lesquelles une personne peut décider comment et quand elle peut mourir.
- 37) Saint-Arnaud, J., *op. cit.*
- 38) Actuellement, la Nouvelle-Écosse, le Québec, l'Ontario et le Manitoba reconnaissent juridiquement les directives préliminaires, mandats ou procurations qu'une personne établit volontairement au sujet des traitements médicaux qu'elle désire subir.
- 39) Stoddart, G.L. et M.L. Barer, *op. cit.*

- 23) Yeo, M., *op. cit.*
- 24) Manga, P. et T. Campbell. *Health Human Resources Substitution: A Major Area of Reform Towards a More Cost-effective Health Care System*. Document de travail 94-01. Projet sur le coût-efficacité du système canadien de santé. Queen's-University of Ottawa Economic Projects, 1994.
- 25) Association des infirmières et infirmiers du Canada. *Champ de la pratique infirmière: études des principales questions et tendances*. Cité dans Manga, P. et T. Campbell, *op. cit.*
- 26) Manga, P. et T. Campbell, *op. cit.*
- 27) Depuis plusieurs années, le Québec possède un système de soins de santé régionalisé, comprenant les Centres locaux de service communautaire (CLSC) qui dispensent localement des soins de santé et de services sociaux. Cependant, le Vérificateur général du Québec a récemment critiqué l'absence d'uniformité dans la livraison des soins à domicile fournis par ces organismes. Vérificateur général du Québec. *Rapport du Vérificateur général du Québec*. Québec: 1994.
- 28) Cuyler, A.J., *op. cit.*
- 29) Hébert, Réjean. Le médecin: un pusher légal? *Toxicomanies et troisième âge*. Les cahiers des journées de formation annuelle du sanatorium Bégin. Numéro 3. Lac Etchemin: Sanatorium Bégin, 1984: 35-42.
- 30) Rachlis, M. et C. Kushner, *op. cit.*
- 31) Feeny, D., *op. cit.*
- 32) Davidson, W. et al. Relation between physician characteristics and prescribing for elderly people in New Brunswick. *Canadian Medical Association Journal*, 150, 6, (1994): 917-921.
- 33) Soderstrom, L. Health care reform in Canada: Restructuring the supply side. In *Limits to Care: Reforming Canada's Health System in an Age of Restraint*. Blomqvist, A. et D.M. Brown (ed.). Toronto: C.D. Howe Research Institute, 1994.
- 34) Soderstrom, L., *op. cit.*
- 35) Cuyler, A.J. (op. cit.) recommande que les médecins exercent constamment leur jugement en se posant des questions telles que: les bienfaits de ce traitement sur la santé du patient sont-ils meilleurs ou moindres que ceux d'une autre option? Les bienfaits du traitement valent-ils les sommes engagées? Que sais-je actuellement des bienfaits obtenus et mon diagnostic et pronostic sont-ils fiables? Est-ce que je suis vraiment au fait des derniers développements?

- 13) Lalonde, M. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens: Un document de travail*. Ottawa: Santé et Bien-être social Canada, 1974.
- Evans, R.G., Barer, M.L. et T.R. Mamer. *Why are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*. Hawthorne, N.Y.: Aldine de Gruyter, 1994.
- 14) Barer, M.L. et G.L. Stoddart. *Vers des politiques intégrées sur les effectifs médicaux au Canada*. Rapport préparé pour la Conférence fédérale/provinciale/territoriale des sous-ministres de la Santé, 1991.
- 15) Rachlis, M. et C. Kushner. *Second Opinion: What's Wrong with Canada's Health Care System and How to Fix It*. Toronto: Collins, 1989.
- 16) Feeny, D. Technology assessment and health policy in Canada. In *Limits to Care: Reforming Canada's Health System in an Age of Restraint*, Blomqvist, A. et D.M. Brown (éd.). Toronto: C.D. Howe Research Institute, 1994.
- 17) Anderson, G.M. et al. Acute care hospital utilization under Canadian national health insurance: The British Columbia experience from 1969 to 1988. *Inquiry*, 27, (Hiver 1990): 352-358.
- 18) Barer, M.L. et al. Aging and health care utilization: New evidence on old fallacies. *Social Science Medicine*, 24, 10 (1987): 851-862.
- Hertzman, C. et al. Flat on your back or back to your flat? Sources of increased hospital services utilization among the elderly in British Columbia. *Social Science Medicine*, 30, 7, (1990): 819-828.
- 19) Cuyler, A.J. *Ethics and Efficiency in Health Care: Some Plain Economic Truths*. Rapport n° C91-1. Hamilton: Centre for Health Economics and Policy Analysis, McMaster University, 1991.
- 20) Rachlis, M. et C. Kushner, *op. cit.*
- Stoddart, G.L. et M.L. Barer. Toward integrated medical resource policies for Canada: 10. Information creation and dissemination. *Canadian Medical Association Journal*, 147, 9 (1992): 1325-1329.
- 21) Depuis la fin des années 1980, on a créé plusieurs centres d'évaluation des technologies et de recherche en matière de santé, dont l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé, le Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec, le Centre for Health Services and Policy Research à la University of British Columbia et l'Institute for Clinical Evaluation Studies à la University of Toronto.
- 22) Kirkman-Liff, B.L. Health care reform: The Netherlands, Germany and the U.K. In *Limits to Care: Reforming Canada Health System in an Age of Restraint*, Blomqvist, A. et D.M. Brown (éd.). Toronto: C.D. Howe Research Institute, 1994.

NOTES

- 1) Santé Canada. Direction générale de la politique, de la planification et de l'information. *Les dépenses en matière de santé au Canada: feuillet d'information*. Ottawa: 1993.
- 2) Rachlis, M.R. et C. Kushner. *Strong Medicine: How to Save Canada's Health Care System*. Toronto: HarperCollins, 1994.
- 3) Lowy, F.H. Restructuring health care: rationing and compromise. *Humane Medicine*, 8, 4, (1992): 263-267.
- 4) Yeo, M. *Ethics and Economics in Health Care Resource Allocation*. Document de travail. Projet sur le coût-efficacité du système canadien de santé. Queen's-University of Ottawa Economic Projects, 1993.
- 5) Angus, D.E., *op. cit.*
- 6) Yeo, M., *op. cit.*
- 7) Yeo, M., *op. cit.*
- 8) Yeo (ibid.) Les règles de déontologie que propose Yeo concordent avec celles d'autres spécialistes en la matière. Voir notamment les textes suivants:
Buchanan, A. Health-care delivery and resource allocation. In *Medical Ethics*, Veatch, R. (éd.). Boston: Jones et Bartlett, 1989: 291-327.
Storch, J. Major substantive ethical issues facing Canadian health care policymakers and implementers. *Journal of Health Administration Education*, 6, 2, (1988): 263-271.
- 9) Yeo, M., *op. cit.*
- 10) Conseil consultatif national sur le troisième âge. *La position du CCNTA sur les services communautaires dans les soins aux aînés*. Ottawa: 1990.
- 11) Canada, Chambre des communes. *Débats de la Chambre*, 20 janvier 1984.
- 12) Statistique Canada et Santé et Bien-être social Canada. *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada*. Catalogue 82-538E. Ottawa: 1981.
- Statistique Canada. *L'état de santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête sociale générale de 1991*. Catalogue 11612E-08. Ottawa: 1994.

Dans le présent rapport, le CCNTA a fait plusieurs recommandations afin d'améliorer le processus décisionnel des soins de la santé à tous les niveaux d'allocation. Le CCNTA est heureux de l'arrivée en scène de l'Institut canadien d'information sur la santé en tant qu'organisme chargé de la collecte, l'analyse et la dissémination des connaissances sur la santé et les soins de la santé. Le CCNTA est aussi ravi de la récente création du Forum national sur la santé qui travaillera à mieux informer les Canadiennes et Canadiens ainsi qu'à les faire participer d'une façon appréciable aux décisions de macroallocation du système de soins de la santé. Le Conseil espère que le Forum deviendra un modèle de prise de décisions par participation pour les niveaux de la macroallocation et mésoallocation.

Bien que la dissémination de renseignements explicites et l'établissement de mécanismes assurant la véritable participation des personnes intéressées relèvent des responsables de l'allocation de ressources — les politiciens, bureaucrates, administrateurs et professionnels de la santé — le grand public, tant collectivement qu'individuellement, a le devoir de réclamer l'information, de l'étudier et de s'engager dans le processus décisionnel. Pour conclure,

le CCNTA recommande que:

Tous les Canadiennes et Canadiens réclament des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et des autorités locales en santé toutes les informations claires et précises sur les questions de santé les touchant et touchant leur collectivité et prennent part de façon active aux consultations menant à la prise de décisions sur les priorités des soins de la santé.

un comité indépendant formé de professionnels et d'éthiciens qui évalueraient la requête à la lumière des avantages potentiels comparés aux coûts potentiels.

5. APPLICATION DES VALEURS DE PROCESSUS DANS L'ÉTABLISSEMENT DES PRIORITÉS DE SOINS DE LA SANTÉ

L'établissement des priorités de soins de la santé au Canada est un processus complexe qui implique des notions de valeurs parfois contradictoires, parfois unanimes, ou encore qui s'appliquent à un niveau décisionnel, mais pas à un autre. Bien que divers principes deontologiques ou éthiques puissent être définis à chaque niveau décisionnel, le choix des valeurs retenues doit être explicite et provenir d'un processus transparent mené par les décideurs et les personnes intéressées. Les consultations du CCNTA auprès des organisations nationales d'ainé-e-s ont révélé plusieurs problèmes touchant le processus décisionnel, dont les suivants : un manque de coopération entre les différents gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux; des 'querelles de territoires' dans la répartition des ressources entre les services de santé communautaire et les hôpitaux, les services de santé de chaque établissement ou entre les regroupements de professionnels de la santé; et enfin un manque de communication claire et exhaustive et d'imputabilité dans la relation praticien-patient. À cette liste, les économistes spécialistes des questions de santé Greg Stoddart et Morris Barer ajoutent le manque de renseignements généraux offerts au grand public:

À ce jour, le travail d'information du public qu'effectuent toutes les parties, dont les fournisseurs de soins, les gouvernements, les organismes bailleurs de fonds, les chercheurs et les éducateurs, a oscillé entre 'nettement insuffisant' et 'inexistant'. Le public ne dispose pas des renseignements qu'il pourrait souhaiter avoir. Les mécanismes de dissémination de l'information sont inexistant ou sous-développés, et les processus établis de consultation publique et d'utilisation de l'opinion publique dans le processus décisionnel à court et à long termes sont inexistant, rudimentaires ou sporadiques.³⁹ [traduction libre]

des procureurs, ces instruments pourraient devenir une façon de refuser des soins de la santé à des personnes ayant des besoins extrêmes ou chroniques. Conséquemment,

le CCNTA recommande que:

Des mesures visant à accroître la capacité de chaque individu à exercer son droit à l'autodétermination dans toute décision touchant ses soins de santé soient légalement reconnues et mises en œuvre à grande échelle.

Les comités de déontologie contrôlent l'utilisation de directives, de procurations ou de testaments de fin de vie afin qu'ils ne soient pas détournés de leur intention première et ne servent pas à refuser les traitements à des patients qui en ont besoin et qui y ont droit.

Dans certains cas, des patients ou leurs familles pourraient exiger les traitements intensifs et onéreux, sorte de dernier recours des cas désespérés. Par exemple, un patient pourrait demander de recevoir un nouveau médicament très coûteux pour contrer un cas avancé de cancer. Si, au meilleur des connaissances à ce moment, les bénéfices au patient ne peuvent être que marginaux, le patient aura peu de chances d'obtenir ce médicament alors qu'il pourrait être utilisé plus efficacement pour traiter d'autres patients aux besoins légitimes. Les professionnels de la santé auraient alors raison de refuser d'accorder à ce patient le traitement qu'il réclame, bien que ce refus puisse miner la relation de confiance entre le praticien et son patient. Pour préserver cette relation et s'assurer de l'objectivité et de l'équité des décisions, il serait préférable que ces décisions soient prises à l'échelle de l'établissement de santé par un comité composé de professionnels de la santé et d'éthiciens. Conséquemment,

le CCNTA recommande que:

Les requêtes de tout patient et des familles pour des services de santé dont les résultats espérés sont jugés marginaux par le praticien soient examinées par

Au Canada, le droit d'un patient d'obtenir des renseignements et de participer à toute décision d'ordre clinique est garanti par des lois qui prescrivent qu'aucun traitement médical ne peut être exécuté sans son consentement éclairé et libre d'entraves. Pour que le consentement soit donné sans entraves, le patient ne doit subir aucune pression de la part des professionnels de la santé ou des membres de sa famille qui pourraient avoir une préférence d'ordre professionnel, économique ou autre. Le patient ne doit pas non plus se sentir rejeté ou abandonné par qui que ce soit s'il devait arrêter son choix sur une option impopulaire.

Une personne a aussi le droit de retirer son consentement durant le traitement et les professionnels de la santé devraient respecter cette décision. Le droit du patient à refuser un traitement ou à en retirer son consentement a déjà été reconnu dans un certain nombre de causes entendues par les tribunaux canadiens, dont le célèbre cas de *Nancy B. c. Hôtel-Dieu*, où un juge québécois a acquiescé à la demande d'une jeune femme irrémédiablement paralysée d'être retirée du respirateur qui la maintenait en vie.³⁷

De nombreuses provinces ont élargi, ou sont présentement à le faire, la définition du consentement éclairé et libre d'entraves afin de couvrir les situations où une personne, qui n'est plus lucide, a exprimé certaines volontés préalables au sujet de son traitement médical par l'entremise de directives, d'un mandat en cas d'incapacité ou d'une procuration.³⁸ Ces divers outils, qui permettent à un patient d'exercer son droit à l'autodétermination et à la décision quel que soit son état d'esprit, sont habituellement utilisés pour protéger ces patients contre le recours abusif à des technologies de pointe qui peuvent prolonger la vie mais en réduire la qualité.

Ces mesures de mandat en cas d'incapacité ou de directives préalables viendront probablement réduire quelque peu les coûts des soins de la santé en réduisant le recours à la technologie de pointe destinée à prolonger la vie. Les questions de droit à l'autodétermination du patient et de qualité de vie prennent cependant sur l'aspect des retombées économiques. Si des motifs d'ordre économique devaient être invoqués dans la décision de rendre ces options plus accessibles aux patients et s'il n'y a aucun contrôle

L'on prenne en considération tous les facteurs touchant la capacité d'un patient de bénéficié des soins de santé, y inclus le soutien social, lors de l'évaluation des bénéfices et risques associés au choix de traitement.

Les services de santé ne soient offerts au patient qu'après avoir obtenu de lui un consentement éclairé, basé sur ses valeurs en matière de qualité de vie.

le CCNTA recommande que:

Les participants à l'atelier du CCNTA ont été unanimes à dire que la perspective du patient au sujet de sa qualité de vie doit primer sur les décisions de santé ne pouvant mener qu'à la prolongation de la vie et que les individus doivent avoir le dernier mot en ce qui les concerne.³⁶ Conséquemment,

"C'est la personne elle-même qui sait si un traitement représente un trop lourd fardeau pour elle, si elle est prête à accepter une réanimation ou une chimiothérapie impliquant les risques d'une vie quantitativement prolongée mais qualitativement diminuée, si elle accepterait une vie comateuse prolongée par alimentation artificielle ou encore une vie de quadriplégie maintenue grâce à l'usage d'un respirateur."³⁵

Jocelyne Saint-Arnaud:

Les professionnels de la santé doivent connaître les valeurs de leurs patients au sujet de la qualité de leur vie ou de sa prolongation puisque c'est de leur vie qu'il s'agit. Puis les professionnels pourront se laisser guider par ces valeurs lorsqu'ils détermineront le traitement qui conviendra le mieux à leur patient. Comme le soulignait l'éthicienne

avant à un traitement.

souvent que nécessaire afin qu'il puisse former une opinion avertie avant de donner son très claire à ce sujet; le patient a droit à toute l'information qu'il peut désirer et aussi représentants des organismes d'ainé-e-s consultés par le CCNTA ont émis une opinion 'acceptable' ou une prolongation de la vie 'acceptable' méritant un traitement). Les (par exemple, tout jugement sur ce que le professionnel croit être une qualité de vie

Le CCNTA recommande que:

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux accordent la priorité à l'appui de la dissémination des connaissances sur les meilleures pratiques médicales par l'entremise de l'Institut canadien d'information sur la santé. Les associations professionnelles et les établissements de santé mettent sur pied des cours de perfectionnement professionnel, des comités d'examen par les pairs, des vérifications indépendantes des pratiques et d'autres méthodes efficaces pour assurer que les praticiens demeurent au courant des dernières données sur l'efficacité de certains services et modifient leur pratique en conséquence.

4.3 Offrir les meilleurs soins possibles: la portée et les limites de l'autonomie des patients

"Chaque personne doit avoir le pouvoir de décider, et ce, en toute connaissance des risques, possibilités, complications, chances de réadaptation, interventions, traitements, et soins à recevoir."

En tant que personne directement touchée par les décisions en matière de santé, le patient a droit à un examen approfondi de tous les facteurs reliés aux avantages et risques d'un traitement. Les participants à l'atelier du CCNTA ont affirmé que l'évaluation des bénéfices et risques de tout traitement offert aux aîné-e-s doit prendre en considération le soutien à la convalescence de l'aîné-e, incluant le rôle de la famille et de toute autre infrastructure de soutien offerte au sein de la collectivité.

Le patient a aussi droit d'obtenir des renseignements explicites sur les bénéfices et les risques des choix de diagnostic et de traitement de la part des professionnels de la santé qui le soignent. Tout jugement de valeur posé par les professionnels dans l'évaluation des bénéfices et risques du traitement doit être clairement indiqué au patient

les patients, la confiance inhérente à une saine relation entre un professionnel et son patient serait irrémédiablement entachée.

Les décisions touchant l'accès aux services sont avant tout des décisions d'ordre politique et non d'ordre clinique. Elles devraient donc être prises au niveau décisionnel intermédiaire. En établissant des lignes directrices et des protocoles, les établissements de santé sont les mieux placés pour mettre en œuvre des mesures d'économie touchant l'accès des patients aux services de la santé. Ces politiques et protocoles peuvent ensuite être mis en application par les professionnels au niveau de la microallocation. Conséquemment,

le CCNTA recommande que:

Les décideurs du niveau intermédiaire élaborent les critères d'accès aux services de santé en établissant des lignes directrices relatives aux aspects cliniques et des protocoles de service, et qu'ils voient à l'application de ces critères par les praticiens.

Dans leurs efforts pour répondre aux besoins de santé de leurs patients, les professionnels de la santé doivent demeurer au courant des derniers développements de leur domaine d'expertise. Cette connaissance leur permet de juger de l'efficacité relative d'un service pour un patient et de modifier leur pratique en fonction des nouvelles découvertes.³³ En accordant la priorité d'accès aux services selon la capacité de chaque patient d'en profiter pleinement, les professionnels de la santé soignent leurs patients d'une façon conforme à l'éthique professionnelle. Il semble que seuls la lecture d'ouvrages techniques récents et les cours de perfectionnement permettent aux professionnels de rester à la fine pointe de l'actualité de leur domaine d'expertise. Conséquemment, la dissémination de tout nouveau savoir est de la plus haute importance.³⁴ Améliorer la connaissance n'est que la première étape de la modification de la pratique médicale et devra être complétée par d'autres méthodes comme l'examen indépendant des pairs et les vérifications de pratique, qui offrent des mesures incitatives concrètes de changement.

(CLSC) sont salariés, et aux États-Unis, les médecins qui travaillent dans les organismes de maintien de la santé (Health Maintenance Organizations) sont rémunérés par capitation. La rémunération à salaire et par capitation aurait l'avantage de réduire la prestation excessive de services puisque les médecins ne retireraient aucun avantage pécuniaire à offrir plus de services que nécessaire. Par contre, cela pourrait aussi décourager la prestation de services supplémentaires lorsque les services de base seraient insuffisants. Une combinaison de ces méthodes de rémunération qui comprendrait certains services spéciaux payés à l'acte serait probablement la meilleure solution. Par exemple, en Grande-Bretagne, les omnipraticiens reçoivent un salaire et un forfait par capitation, et, en plus, une rémunération à l'acte pour certains services que l'on veut encourager chez les médecins, tels les soins de maternité, la vaccination et le test Pap.³²

Le CCNTA recommande que:

Les gouvernements provinciaux et territoriaux mettent en oeuvre des méthodes de rémunération des médecins qui combinent le salaire ou la capitation à la rémunération à l'acte afin d'encourager la prestation de soins de la santé d'une façon qui rencontre les besoins des patients tout en étant rentable.

"Le personnel soignant a l'obligation morale de traiter chaque personne en fonction de ses besoins propres; les priorités doivent ensuite être établies collectivement... Il faut faire participer plus de gens aux décisions sur les besoins et les traitements de façon à ce que les médecins ne soient pas les seuls à décider."

Les professionnels de la santé ont l'obligation morale d'utiliser toutes les ressources à leur disposition pour répondre aux besoins de tous leurs patients. Ils ne peuvent comparer leurs demandes à celles des autres professionnels de la santé qui agissent peut-être légitimement au nom de leurs patients. De même, ils ne peuvent décider lequel de leurs patients devrait jouir d'un accès prioritaire à un service donné. Si les professionnels de la santé devaient prendre les décisions d'allocation de services entre

Les médecins et autres professionnels de la santé ont le devoir moral de soigner chaque patient au meilleur de leur habileté, en utilisant les ressources qui sont mises à leur disposition. En réalité, les professionnels de la santé prennent d'autres facteurs en considération que le seul bénéfice d'un patient en particulier. Si un professionnel de la santé doit choisir entre soigner une personne et une autre dont les besoins sont plus urgents, il choisira naturellement de se porter vers la personne dont le cas est plus urgent.²⁷ Les décisions des professionnels sont aussi influencées par les attentes du patient, de sa famille et des autres professionnels de la santé.²⁸ Enfin, la méthode de rémunération du professionnel influence aussi les décisions d'ordre clinique.

Au sein du système de soins de la santé canadien actuel, la majorité des médecins sont rémunérés à l'acte et certains actes médicaux sont plus rémunérés que d'autres. Ainsi, un médecin qui passe moins de temps avec chaque patient et qui effectue plus de services payants (par exemple, tests diagnostiques, visites répétées, traitements bien rémunérés) obtiendra un avantage économique. Le recours à la médecine rémunérée à l'acte est un des facteurs qui contribue aux coûts élevés du système de soins de la santé parce qu'il encourage la prestation excessive de services.²⁹ Il est aussi partiellement responsable du problème de l'ordonnance abusive ou inadéquate de médicaments

prescrite aux aînés-e-s, l'ordonnance de médicaments devenant trop souvent la méthode de choix pour traiter rapidement les problèmes de santé des aînés-e-s.³⁰ En fait, la rémunération à l'acte est incompatible en gériatrie parce que le processus diagnostique et le traitement des patient-e-s âgés est souvent plus long qu'avec les personnes plus jeunes. De plus, la rémunération à l'acte n'encourage pas les médecins à faire la promotion de la santé. Ainsi, la médecine rémunérée à l'acte pourrait entrer en conflit avec les principes de l'utilité et de la réponse aux besoins.

Certaines solutions ont été proposées pour remplacer ce genre de rémunération.³¹ Celles-ci comprennent le paiement d'un salaire et un montant per capita (c'est-à-dire capitation: payer un montant fixe au médecin pour chaque patient de sa pratique). Par exemple, au Québec, les médecins des Centres locaux de services communautaires

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux s'appliquent à maintenir un système de soins de la santé universel à un seul niveau offrant tous les services de santé essentiels.

le CCNTA recommande que:

que le système de soins de la santé doit réduire les services offerts à tous, les revendications de liberté individuelle, qui vont à l'encontre du principe de l'égalité, se font plus pressantes. Comment devrait-on évaluer ces revendications?

Vu sous un certain angle, l'expansion d'un système de soins de la santé privé pourrait bénéficier au grand public, car il réduirait la demande en services et libérerait certaines ressources. Le système privé pourrait aussi servir de champ d'expérimentation pour les nouveaux services qui seraient par la suite adoptés par le système public, une fois que leur efficacité d'action et de rendement aurait été perfectionnée. Ce scénario pourrait fonctionner en autant que les usagers du système de soins de la santé privée continuent d'appuyer le système public; toutefois si cet appui devait faiblir, la qualité des services offerts à ceux qui n'ont pas les moyens de choisir pourrait aller en diminuant. Un système unique de soins de la santé assure l'égalité dans les soins de santé; cela condamne cependant tout le monde à des soins médiocres si les compressions budgétaires entraînent une réduction généralisée de la quantité ou la qualité des soins.

D'excellents soins pour certains et des soins imparfaits pour les autres, ou des soins médiocres pour tous — est-ce un choix inévitable? La meilleure solution demeure la solidarité, c'est-à-dire un engagement de tous à la prestation de meilleurs soins possibles à tous les Canadiennes et Canadiens, en respectant certaines limites budgétaires. Cet engagement envers un seul système universel de soins de la santé sans privilèges spéciaux a été renouvelé à l'atelier du CCNTA sur l'établissement des priorités de soins de la santé. Conséquemment,

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, de même que les groupes intéressés déterminent les services de santé de base et les normes de qualité qui devraient être offerts partout au Canada et délèguent la responsabilité des services au-delà de ce minimum aux autorités locales de soins de santé.

4. ACCESSIBILITÉ DES SOINS DE LA SANTÉ

4.1 Un système à un ou deux niveaux?

"Les États-Unis ont une formule de répartition 'efficiente' fondée sur la capacité de payer, alors que le Canada a élaboré son système sur les principes fondamentaux énoncés dans la Loi canadienne sur la santé."

"Les principes énoncés dans la Loi canadienne sur la santé sont justes et c'est sur ces principes qu'il faut bâtir l'avenir."

La *Loi canadienne sur la santé* énonce le principe de l'égalité en stipulant un accès universel au système, soit que tous les Canadiens et Canadiennes aient (ou devraient avoir) accès aux mêmes services de santé, sans égard à leur situation financière ou autres conditions. Le principe de l'universalité refuse ainsi aux personnes qui en ont les moyens d'acheter plus de services ou de meilleurs services. Tant et aussi longtemps que le système de soins de la santé offrirait à tous et chacun pratiquement tous les services requis, comme c'était le cas dans le passé, ce déni de liberté individuelle demeurerait une question d'importance secondaire. Mais voilà que depuis quelques années maintenant, le retrait de certains services jugés non essentiels, comme la correction chirurgicale de la myopie et certaines chirurgies plastiques, a entraîné la création d'un système de soins privés qui offre ces services contre paiement. De plus, les listes d'attente qui s'allongent pour recevoir des services couverts ont aussi encouragé l'établissement de cliniques privées à but lucratif pour servir la clientèle qui a les moyens de ne pas attendre. Tandis

Dans le cadre des grandes réformes de la santé, les provinces ont décentralisé ou sont en voie de décentraliser la planification et la prestation des soins de la santé au niveau régional. On prétend que la régionalisation permettra aux consommateurs de jouer un plus grand rôle dans les décisions allocatives et permettra d'établir les priorités de façon plus flexible selon les besoins de la collectivité. Il existe pourtant un danger de créer des disparités entre les régions par rapport au type et à la qualité des services offerts.²⁶ Le CCNTA croit que pour maintenir l'accès universel en soins de santé dans un système décentralisé, les gens dans toutes les régions doivent avoir accès à un noyau de services communs ayant des normes de qualité.

"La répartition par région ne doit pas se faire au détriment d'une perspective globale, ni entraîner la disparition des services interrégionaux."

3.3 Accès universel et régionalisation

Les provinces et territoires rendent disponibles à la population des fournisseurs de soins de la santé alternatifs, là où leurs services sont appropriés et rentables.

Les provinces et territoires encouragent le public à utiliser les services du fournisseur de soins de santé le moins coûteux au moyen de campagne d'éducation publique et encouragent la collaboration interdisciplinaire des fournisseurs de soins de la santé.

le CCNTA recommande que:

Canadiens un choix plus vaste parmi les fournisseurs qualifiés de soins de la santé, tout en utilisant judicieusement les ressources limitées de soins de la santé,

Tout exercice d'établissement de priorités des services de santé basé sur des motifs économiques soit soumis à une franche discussion avec toutes les personnes intéressées, dont les aîné-e-s et leurs associations, afin d'atteindre un consensus sur les priorités et afin d'éviter la discrimination.

"On devrait également laisser une plus grande place aux médecines douces et aux médecines parallèles".

Il est prouvé que plusieurs services fournis par les chiropraticiens, les sages-femmes, et les infirmières sont équivalents aux services fournis par les médecins, sont plus rentables, et que les médecins de famille peuvent fournir des services aussi compétents que ceux des spécialistes et à un coût moindre.²⁴ Par exemple, les cas d'infirmières et d'infirmiers, aux États-Unis, pratiquant la médecine générale, la gériatrie, la pédiatrie, l'orthogénie, la psychiatrie et l'obstétrique, sont de plus en plus fréquents. Des études démontrent que les infirmières et infirmiers fournissent une qualité de soins semblable à celle des médecins, sont acceptés par les patients à la place de ces derniers et entraînent des coûts de soins de santé moins élevés.²⁵ Par conséquent, le remplacement des services des médecins par ceux d'un fournisseur de soins de santé tout aussi qualifié, mais moins coûteux est recommandé par les économistes spécialistes des questions de santé.

Le remplacement a déjà été effectué jusqu'à un certain point au Canada (par exemple, les sages-femmes sont autorisées à exercer en Ontario et les chiropraticiens sont couverts par l'assurance-maladie dans certaines provinces). Néanmoins, l'opposition de la part d'importants groupes de pression professionnels a empêché la mise en place d'autres remplacements de ressources humaines en soins de la santé. Par exemple, les tentatives de la part de l'Ontario pour élargir le champ d'activités des infirmières et infirmiers, et les efforts déployés de la part du Québec pour autoriser l'obstétrique ont été farouchement contrecarrés par les médecins. Afin de permettre aux Canadiennes et

L'exemple le mieux connu de l'utilisation des méthodes de mesure économique dans l'établissement des priorités en soins de santé est celui de l'Oregon. Il y a quatre ans, l'Oregon s'est servi des EVAQ afin d'établir les priorités parmi les soins de santé afin de pouvoir étendre l'assurance-santé Medicaid aux personnes jusqu'alors inadmissibles à ce programme. Les décideurs avaient l'intention de procéder selon les priorités et de financer les services jugés plus prioritaires jusqu'à l'épuisement des fonds; les services moins prioritaires n'auraient pas été financés par Medicaid. Ce projet a suscité beaucoup de discussion, en raison des consultations publiques étendues et des répercussions éthiques des priorités établies.²³

Une des difficultés soulevées par l'établissement des priorités de services basé uniquement sur la maximisation des bénéfices au plus bas coût est qu'il ouvre la porte à la discrimination envers les aînés et les personnes handicapées. En effet, les soins de longue durée aux malades chroniques, les soins palliatifs ainsi que de nombreux soins apportés en réponse aux maladies qui viennent naturellement avec l'âge ne récoltent que de faibles EVAQ parce que la prolongation de la vie ou l'amélioration de la qualité de vie attendue de ces services est moins grande que le 'bénéfice' à tirer d'autres services. Lors de l'atelier du CCNTA, les aînés ont souligné l'importance d'atteindre une plus grande efficacité d'action et de rendement dans le système de soins de la santé tout en s'inquiétant de ce que des stéréotypes négatifs sur le vieillissement et les aînés pourraient déboucher sur une discrimination fondée sur l'âge déguisée sous le couvert de l'objectivité économique.

Bien que ces diverses mesures offrent des renseignements pertinents sur l'efficacité et les coûts de soins de la santé, les valeurs de l'égalité et de réponse aux besoins doivent contrebalancer celles de l'utilité, afin que l'établissement de priorités n'ouvre la porte à la discrimination à l'égard de personnes aux besoins de santé particuliers. De plus, puisque l'établissement de priorités doit équilibrer les avantages et inconvénients de divers services pour toute la population, toutes les personnes intéressées doivent être invitées à participer pleinement au processus. Conséquemment,

médicale et du rendement économiquement des alternatives, ainsi que la prise en considération du financement possible de ces soins par les patients (c.-à.-d., des frais d'utilisateur).²² À la lumière de ces considérations,

le CCNTA recommande que:

Les gouvernements provinciaux et territoriaux continuent de financer la recherche visant à évaluer le rendement du système de soins de la santé et lient l'allocation des ressources aux services existants ainsi qu'aux services proposés aux résultats de ces recherches.

"Les aîné-e-s inquiètent de la discrimination qui pourrait avoir lieu dans l'allocation des soins de santé."

En répartissant mieux les ressources pour offrir le plus d'avantages au plus grand nombre, l'application du principe de l'utilité selon les critères d'efficacité d'action et de rendement se confirme, et vient même raffermir, le principe de l'égalité. Cependant, l'adoption aveugle ou inflexible du principe de l'utilité dans la prise de décisions en matière de soins de la santé pourrait entrer en conflit avec la valeur de l'égalité. De plus, les différences d'efficacité d'action et de rendement parmi les divers services n'est pas toujours facile à discerner.

Au cours des dernières années, différentes méthodes de mesure économique des soins de la santé ont été élaborées afin de comparer l'efficacité de traitements selon les critères de prolongation de la vie ou d'amélioration de la qualité de vie. Il s'agit notamment des instruments de mesure appelés *l'équivalent d'années en bonne santé* (EABS), *l'espérance de vie en fonction de l'état de santé* (EVES) et *l'espérance de vie ajustée selon la qualité* (EVAQ). Par exemple, les économistes estiment combien d'EVAQ rapporte chaque traitement, puis divisent le coût du service par le nombre d'EVAQ pour obtenir une estimation du coût par EVAQ. Les services dont le coût par EVAQ est bas seront considérés comme économiques et obtiendront une plus haute priorité que les autres lorsque les ressources sont limitées.

les traitements entraînent peu d'amélioration (p. ex., démence sénile, maladies cardiovasculaires).¹⁸

"Il faut faire les bonnes choses, pour les bonnes personnes, au bon moment."

L'évaluation et l'établissement des priorités des besoins pourraient être effectués en soupesant leurs bénéfices.¹⁹ Une personne sera réputée **avoir besoin** d'un service de santé si elle en tirera un bénéfice. Si une personne est trop malade pour bénéficier d'un traitement, s'il s'agit d'un mal incurable, ou encore si la personne guérira qu'elle reçoive un traitement ou non (p. ex., pour le rhume), cette personne ne peut être considérée comme ayant un besoin en soins de la santé. Ainsi, les soins de la santé peuvent être évalués en fonction de leurs bénéfices, soit qu'ils prolongent la vie ou qu'ils améliorent la qualité de la vie d'une personne. Un service est bénéfique si son **action** est **efficace**. Cependant, lorsque les ressources sont limitées, les services doivent aussi être évalués en fonction de leur rendement. Un service est **efficace** du point de vue de son **rendement** s'il répond aux besoins de soins de la santé au plus bas coût.

Le système de soins de la santé canadien prête souvent le flanc à la critique parce qu'il offre des services dont l'efficacité n'est pas prouvée sans égard apparent à leurs coûts.²⁰ En réaction à ces critiques et aux compressions budgétaires imposées au système, on procède actuellement à de nombreuses recherches partout au Canada pour déterminer quels sont les services les plus efficaces, et parmi ceux-ci, les plus économiques.²¹ Dans le même élan, les ministères provinciaux et territoriaux ainsi que les établissements de santé modifient leur allocation de ressources en retirant certains services dont l'action ou le rendement se sont révélés moins efficaces (par exemple en retirant de la couverture d'assurance certains tests de laboratoire pour les personnes jugées hors de danger ou en proposant de retirer l'examen de santé annuel). Par exemple, au Pays-Bas, un comité sur les choix des soins de santé a élaboré un modèle à utiliser afin de déterminer les priorités en soins de santé. Le modèle comprend une évaluation des soins qui sont considérés nécessaires, une évaluation de l'efficacité

à la demande en soins de la santé,¹⁴ même s'il peut y avoir un manque de certains spécialistes.

Le recours à certains services de la santé, incluant les interventions chirurgicales et la longueur des séjours à l'hôpital, fait l'objet d'importantes variations entre les régions géographiques. Les recherches démontrent que les différences de répartition géographique de certaines maladies ne justifient pas les écarts constatés dans la pratique médicale. Par exemple, le Canada a le plus haut taux de chirurgie de vésicules biliaires de tous les pays occidentaux, bien que la proportion de personnes souffrant de calculs biliaires soit sensiblement la même dans tous les pays.¹⁵ Les écarts observés dans les services reflètent la pratique médicale locale établie, qui subit l'influence de préférences des dirigeants médicaux de chaque pays, région et collectivité, plutôt que les preuves objectives de l'efficacité des différents services à répondre aux besoins en soins de la santé.

De nouveaux besoins sont créés par le développement de nouvelles technologies de diagnostic et de traitement, incluant de nouveaux produits pharmaceutiques. En règle générale, on semble croire aveuglément que les nouvelles technologies sont toujours meilleures que les technologies existantes. Ainsi, l'introduction de ces nouvelles technologies génère une demande pour leur utilisation. Pourtant, la plupart des nouvelles technologies de soins de la santé ne sont adoptées qu'avec de faibles preuves de leur efficacité clinique.¹⁶

En vieillissant, bon nombre de personnes développent des affections qui nécessitent des soins. Or, des recherches ont démontré qu'au cours des dernières décennies, les aîné-e-s ont reçu de plus en plus de soins ou services de santé. En Colombie-Britannique, par exemple, les séjours à l'hôpital ont diminué de 16 % entre 1969 et 1988, mais ils ont augmenté de 14 % chez les aînés.¹⁷ L'augmentation des services de santé de longue durée, de services de réadaptation et de soins de courte durée ne peut pas être justifiée ni par la détérioration, ni par l'amélioration de leur état de santé, puisque l'augmentation du besoin en services est liée aux maladies pour lesquelles

Le nombre de médecins qui desservent une population donnée influence la demande en services de santé. Plus le nombre de médecins est élevé, plus la demande est grande. À l'heure actuelle, le Canada compte un surplus de médecins pour répondre

La notion de besoin est très élastique, malgré les nombreux efforts déployés pour la définir tels l'utilisation d'attributs comme 'médicalement nécessaire' ou 'essentiel'. En général, les médecins définissent les besoins de leurs patients d'après les services qu'ils leur procurent. Le besoin en services de la santé est tributaire de divers facteurs comme le nombre de médecins disponibles, les variations de style de pratique médicale, le développement de nouvelles technologies et l'âge du patient.

"Il y a cependant une différence entre désirs et besoins: celui qui désire un sédatif a, en fait, peut-être besoin d'exercice."

3.2 Efficacité

Le gouvernement fédéral, par l'entremise du Forum national sur la santé, consulte les Canadiennes et Canadiens afin de déterminer la valeur à accorder aux libertés individuelles par rapport à l'état de santé dans l'élaboration de mesures de protection et de promotion de la santé.

Santé Canada, ainsi que les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé, les conseils régionaux de la santé et les établissements de santé accordent une plus grande importance qu'à présent à la promotion de la santé.

Les administrations provinciales et régionales établissent une coordination intersectorielle entre les ministères ou secteurs s'intéressant à la santé et au bien-être de la population.

et Canadiens afin de renforcer les déterminants sociaux, économiques et environnementaux favorables à la santé.

Le gouvernement fédéral alloue les ressources nécessaires au développement d'une collaboration efficace et durable entre les ministères ou organismes gouvernementaux dont les activités influencent l'état de santé des Canadiennes

le CCNTA recommande que:

20 ans.¹³ Cependant, jamais encore n'a-t-on suffisamment alloué de ressources à la protection et à la promotion de la santé des Canadiennes et Canadiens en améliorant les facteurs déterminants pour la santé. Bien entendu, cette tâche est d'autant plus difficile qu'elle requiert une étroite collaboration de la part de nombreuses divisions administratives du secteur public. Les avantages de cette démarche ne seront récoltés qu'à long terme, et on comprend aisément la tendance à accorder la priorité aux besoins immédiats du système de soins de la santé, en particulier au niveau de la mésoallocation. De plus, certaines mesures de promotion de la santé peuvent exiger l'application de lois ou règlements qui restreignent les libertés individuelles. Par exemple, l'obligation de porter la ceinture de sécurité, la promotion des méthodes de prévention du SIDA à la télévision, ou l'interdiction de fumer dans les endroits publics.

Le Conseil estime que dans l'allocation des ressources de la santé, on devrait accorder une plus grande importance à la mise en oeuvre de politiques de promotion de la santé qui favoriseraient l'égalité dans l'état de santé de tous les Canadiennes et Canadiens, même si cela implique parfois la restriction de certains droits individuels. Si la protection et la promotion de la santé ne se hissent pas au sommet de la liste des priorités, la demande en soins de la santé dépassera bientôt les ressources disponibles et les iniquités actuelles de la santé persisteront. Les représentants des organisations nationales d'ainé-e-s qui ont participé à l'atelier sur les priorités du CCNTA secondent ce point de vue. Ils ont d'ailleurs tenu à souligner que l'amélioration de l'état de santé des aîné-e-s passe par l'élaboration d'une démarche globale des soins de la santé. Une telle démarche tiendrait compte de la sécurité financière et du soutien social et physique, plutôt que de laisser le régime actuel axé sur la maladie prendre de l'expansion. Conséquemment,

3. DISPONIBILITÉ ET QUALITÉ DES SERVICES

3.1 Santé et soins de la santé

"La santé englobe bien plus que les seuls soins de la santé: elle comprend aussi le logement, l'accès au transport, la sécurité de revenu et un environnement sain."

"Au niveau régional, il faut coordonner les services de santé, de logement et de planification sociale."

Le Conseil a adopté une perspective globale qui définit la santé comme une ressource pour la vie de tous les jours. Cela signifie vivre en harmonie avec le milieu et parvenir à un certain équilibre malgré ses propres limitations physiques et mentales.¹⁰ Cette définition de la santé au sens large est reprise par la *Loi canadienne sur la santé* de 1984 qui déclare que "La politique canadienne de la santé a pour premier objectif de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé sans obstacles d'ordre financier ou autres."¹¹

Quoi qu'il en soit, il est devenu évident qu'à tous les niveaux de prises de décisions, une importance disproportionnée a été placée sur l'aspect de la restauration au détriment de ceux de la protection et la promotion. L'égalité d'accès à l'hôpital et aux services médicaux a pris le dessus sur l'objectif de 'la santé pour tous', c'est-à-dire assurer un état de santé équivalent à tous les Canadiennes et Canadiens. En effet, d'importants sondages nationaux ont démontré que, malgré leur recours plus fréquent aux services de la santé,¹² les personnes à faible revenu sont en moins bonne santé que les personnes à revenu moyen ou élevé.

La santé est la résultante de bien d'autres facteurs que l'accès aux services de santé, dont le revenu, l'éducation, l'environnement, la génétique et les habitudes de vie individuelles. Les décideurs canadiens du système de soins de la santé le savent depuis

décisions touchent l'accès aux services de santé. Les politiciens et bureaucrates sont responsables de la macroallocation. Ils doivent prendre des décisions d'allocation de ressources pour le système de soins de la santé et à l'intérieur de celui-ci, tout en tenant compte, dans une certaine mesure, de l'opinion des professionnels de la santé, des autres personnes intéressées et du grand public. La mésoallocation, pour sa part, se fait par l'entremise des conseils d'administration, des administrateurs et des gestionnaires qui travaillent en collaboration avec les professionnels de la santé. Les groupes de personnes intéressées comprennent les divers professionnels de soins de la santé et la population desservie par l'établissement de santé en question. Enfin, la microallocation se trouve principalement entre les mains des médecins qui prennent les décisions bien que l'apport des autres professionnels de la santé au processus décisionnel prenne une importance grandissante. Les personnes intéressées à ce niveau sont bien entendu les patients et leurs familles.

Si les trois niveaux d'allocation ont été présentes individuellement, il n'en reste pas moins qu'ils demeurent étroitement liés. Cette interdépendance est d'ailleurs un des défis que doivent relever les décideurs. Par exemple, les fonds alloués par un gouvernement aux soins de la santé détermineront combien d'argent sera distribué aux hôpitaux et centres de la santé, en services de médecin, médicaments, et autres. Forcément, les fonds accordés à chacun des éléments du système de soins de la santé imposent une limite aux divers services. Ce plafond sur la disponibilité des services a pour conséquence immédiate de limiter l'accès aux services pour les personnes qui en ont besoin au sein d'une collectivité. Comme on le constate aisément, les décisions prises en haut de la chaîne se répercutent jusqu'aux dernières ramifications du système de soins de la santé, où les services ou traitements sont offerts ou non, à tous ou à quelques-uns seulement.

2. NIVEAUX DE LA PRISE DE DÉCISIONS

Les problèmes soulevés par l'allocation des ressources se manifestent aux différents niveaux de la prise de décisions. S'il arrive que les principes substantifs varient quelque peu selon le niveau, les principes régissant les processus demeurent les mêmes.

À plus grande échelle (macroallocation), l'accent est placé sur l'allocation de ressources entre le système de soins de la santé et les autres priorités du secteur public, comme l'emploi, le transport et l'éducation. Ces décisions de politique publique doivent être prises par les cabinets des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Un autre niveau d'allocation se situe à même les ministères fédéral et provinciaux ou les conseils régionaux de santé. Il s'agit de l'allocation de ressources à différents éléments du système de soins de la santé: hôpitaux de soins intensifs, services de santé communautaire, services aux toxicomanes, etc.

Le niveau intermédiaire de la prise de décisions (mésallocation), se trouve à l'intérieur des murs des établissements de santé, des hôpitaux ou des organismes communautaires. Les décisions prises à ce palier sont fonction de la distribution des ressources obtenues des ministères de la Santé. Par exemple, le conseil d'administration d'un hôpital doit décider comment diviser son budget entre les services de chirurgie en clinique externe, de diagnostic, de réadaptation, de gériatrie et autres.

Le dernier et plus bas niveau de prise de décisions (microallocation) se retrouve entre les mains des fournisseurs de soins de la santé et des patients. Les décisions prises à ce niveau portent sur les divers traitements qui seront offerts ou non à certains patients et sur le choix des patients qui auront accès aux ressources limitées. Par exemple, il peut s'agir de l'établissement des priorités pour les patients en attente d'un pontage coronarien, du remplacement d'une hanche ou de l'enlèvement de cataractes.

Ces trois niveaux décisionnels sont distincts et font appel à différents décideurs et personnes intéressées. Aux deux niveaux supérieurs, les décisions portent sur la *disponibilité* et la *qualité* des services, tandis qu'au niveau de la microallocation, les

L'adoption de ces principes garantit que le processus décisionnel touchant les priorités du système de soins de la santé est aussi équitable que possible. De plus, ces principes aideront à édifier l'appui collectif envers les choix effectués.

L'autonomie: Tout le monde a le droit de participer à la prise de décisions qui les touchent directement ou indirectement. Plus l'incidence de ces décisions sur leur vie est importante, plus grande doit être leur participation au processus décisionnel.

L'imputabilité: Les personnes qui prennent les décisions doivent en assumer les responsabilités.

La transparence: Les principes substantifs utilisés dans le processus décisionnel ainsi que les décisions en soi doivent être clairs, explicites et soumis à l'examen public.

Les trois principes suivants guident le processus décisionnel de l'allocation de ressources publiques de toute société démocratique:⁹

Le processus qui déterminera les valeurs qui auront préséance est la clef de voûte d'un résultat équitable.

accordé plus de liberté individuelle en matière de soins de la santé? Aucune formule choisir au besoin des cliniques privées. Le principe d'égalité sera-t-il menacé si l'on systèmes d'assurance-maladie provinciaux, que de la part des consommateurs qui veulent des fournisseurs de services de santé qui aimeraient offrir leurs services à l'extérieur des pris la forme d'une réclamation pour une plus grande liberté personnelle, tant de la part qualité (et de conditions de travail et de rémunération plus mauvaises). Ces craintes ont égalitaire, au plus bas dénominateur commun, a soulevé des craintes d'érosion de la aux services serait diminué pour certains? L'adoption d'un système de soins de la santé signifie-t-il qu'à l'avenir les besoins individuels ne seraient pas comblés ou que l'accès croissantes ont déplacé l'accent vers le principe d'utilité. Ce changement de priorité

Ces principes substantifs doivent être soupesés en comparant leurs conséquences respectives. Jusqu'à maintenant, le système de soins de la santé du Canada a mis l'accent sur les principes de besoin et d'égalité. Toutefois, les contraintes budgétaires

La liberté: Les gens sont réputés libres lorsqu'ils peuvent prendre des décisions les concernant sans interférence de la part de quiconque. Pour les soins de la santé, ce principe signifie que les gens peuvent choisir leur médecin (ou autre professionnel de la santé pour certains services dans certaines provinces) ou encore refuser un traitement.

L'utilité: Selon ce principe, on devrait tenter d'apporter le plus grand avantage au plus grand nombre. Pour les soins de la santé, cela signifierait donner la priorité aux services qui profiteraient au plus grand nombre. Par exemple, on pourrait immuniser tous les enfants d'une collectivité contre la grippe plutôt que d'offrir les services de dialyse rénale à quelques personnes seulement.

L'égalité: La conviction que toutes les personnes sont aussi importantes les unes que les autres tend vers le principe de l'égalité, c'est-à-dire, que tout le monde devrait avoir droit au même traitement. Dans le cas des soins de la santé, l'égalité peut signifier d'une part, égalité d'accès aux services de soins de la santé et d'autre part, état de santé semblable. Les personnes aux besoins semblables devraient recevoir le même traitement, sans égard ou discrimination à des facteurs non reliés à leur santé, tels l'âge, le sexe, le revenu, l'origine ethnique ou le lieu de résidence. Par exemple, si une personne de 80 ans et une autre de 50 ans ont toutes deux besoin d'une transplantation cardiaque, les deux devraient la recevoir.

besoins: plus le besoin est important, plus le montant de ressources allouées est important. Lorsque les besoins dépassent notre capacité à y répondre (par exemple, dans une salle d'urgence bondée), les cas les plus graves et les plus urgents doivent avoir la priorité.

Le besoin : Un besoin de soins de santé est l'exigence d'une ressource nécessaire au rétablissement de la santé ou de la qualité de vie d'une personne. Lorsqu'une personne a un besoin, nous avons une obligation sociale d'y répondre. Dans le contexte des soins de la santé, l'application de ce principe signifie que les ressources devraient être distribuées selon les

Quatre principes substantifs peuvent servir à déterminer les priorités des soins de la santé : le besoin, l'égalité, l'utilité et la liberté.⁸

L'éthicien Michael Ye⁷ fait remarquer que lorsqu'on doit prendre une décision relativement à la redistribution de ressources et le choix de compromis, deux raisonnements moraux pertinents émergent : Quels critères devraient servir à définir ce qui constitue une distribution équitable ? Quels processus devraient être utilisés pour arriver à des décisions équitables ? La première question aborde la substance même des grands principes de justice tandis que la seconde s'attarde aux aspects pratiques de leur application. Lors de l'établissement des priorités des soins de la santé, les deux raisonnements, substance et processus, sont également importants.

"Pour répartir les ressources, il faudrait d'abord s'entendre sur un système qui soit soutenu par des valeurs adoptées collectivement."

1. PRINCIPES D'ALLOCATION

particulièrement celles de Douglas Angus⁵ et de Michael Ye⁶. éthiciens des questions de santé ont considérablement profité à ce rapport, tout souligner les points principaux. De plus, des analyses faites par les économistes et l'atelier ; dans ce rapport, les opinions émises lors de l'atelier sont citées afin de priorités en soins de la santé est fondée sur les opinions émises par les aîné-e-s lors de discussions touchant sa réforme. La position du CCNTA sur l'établissement des œuvres du système actuel, ils peuvent jouer un rôle unique et primordial dans toutes santé. Puisque les aîné-e-s ont connu l'état des soins de la santé précédant la mise en sur les principes qui devraient guider l'établissement de priorités au sein du système de

provinciaux font maintenant face aux difficultés associées à la prestation d'une vaste gamme de services publics dans une période de graves contraintes budgétaires et doivent trouver une façon d'offrir les soins de la santé efficacement, mais aussi équitablement.

La réduction du gaspillage permettra d'étirer les budgets de soins de la santé, mais cela ne suffira pas. Des choix devront être arrêtés parmi les services de santé, si l'on désire conserver l'universalité du système de soins de la santé à un prix abordable.³ L'établissement de priorités aura pour conséquence inévitable le retrait de services 'souhaitables'. Les services n'ayant pas la plus haute priorité devront céder la place.

La détermination des priorités des services de santé n'est pas une mince affaire; mais elle demeure essentielle. De quelle façon ces décisions seront-elles prises? Qui les prendra? Bien entendu, on fera appel à une foule de techniques de collecte de renseignements et d'analyse scientifique ne peut servir qu'à renseigner les décideurs. Et puisque ces décisions d'allocation de ressources publiques seront basées sur des valeurs morales, comme la justice, la compassion et la liberté, elles deviendront des questions d'ordre moral.⁴ De pareilles questions ne peuvent être résolues qu'en invitant toutes les personnes intéressées à participer à la prise de décisions, selon les valeurs qui sont importantes à leurs yeux. L'autre solution consiste à prendre ces décisions en se fondant sur des conclusions qui pourraient être contraires au bien commun, par exemple en cédant aux pressions des puissants lobbyes du secteur privé comme ceux des manufacturiers d'équipement de technologie de pointe, aux revendications des groupes d'intérêts ou aux émotions avivées par les médias pour les personnes aux besoins spéciaux et coûteux.

À la demande de la ministre de la Santé, l'honorable Diane Marleau, le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) s'adressa à M. Douglas Angus, économiste spécialiste des questions de santé, ainsi qu'aux grands organismes d'ainé-e-s. Le but du CCNTA était d'établir des principes qui permettraient de distinguer parmi les services de santé, ceux qui sont essentiels de ceux qui sont souhaitables. Le CCNTA a invité des représentants d'associations provinciales et nationales d'ainé-e-s et des Conseils d'ainé-e-s provinciaux à assister à un atelier d'une journée et à faire part de leur opinion

LA POSITION DU CCNTA SUR L'ÉTABLISSEMENT DES PRIORITÉS DANS LES SOINS DE LA SANTÉ: LE POINT DE VUE DES AÎNÉ-E-S

INTRODUCTION

Au cours des trois dernières décennies, le Canada, sous la direction du gouvernement fédéral, a développé un système de soins de la santé complet, accessible à toutes et à tous, et administré par le secteur public. Le système de soins de la santé au pays fait la fierté des Canadiennes et Canadiens et constitue un symbole précieux des valeurs de justice et de compassion qui sont indissociables de notre identité nationale. Voilà pourquoi la grande majorité des Canadiennes et Canadiens, dont le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA), sont déterminés à préserver le système de soins de la santé, aujourd'hui et pour demain.

Cependant, le coût du système de soins de la santé n'a cessé de grimper; il a plus que doublé depuis 1971.¹ À l'heure actuelle, le Canada dépense environ 68 milliards de dollars annuellement pour les soins de la santé, ce qui représente environ 10 % de son produit intérieur brut. D'ailleurs, de tous les pays industrialisés dotés d'un système de soins de la santé financé principalement par l'État, le Canada est celui qui dépense le plus per capita à ce chapitre. Les provinces et les territoires doivent épauler une bonne part de ces coûts, qui représentent leur plus gros poste de dépenses, allant de 24 % du budget à Terre-Neuve à 38 % en Saskatchewan.² Bien que les soins de la santé soient nécessaires, l'argent qu'on y dépense est versé au détriment des autres secteurs qui pourraient aussi contribuer au bien-être ou à la prospérité des Canadiennes et Canadiens.

Bien que la *Loi canadienne sur la santé* de 1984 n'ait jamais suggéré que l'assurance-maladie universelle devrait fournir *tous* les services médicaux et hospitaliers à tous les Canadiennes et Canadiens, bon nombre de gens en sont venus à croire à l'existence de cette promesse. Au cours de presque toute son histoire, le système canadien de soins de la santé a reçu une part grandissante de ressources afin de payer des services plus nombreux, plus sophistiqués et plus coûteux. Les gouvernements fédéral et

Tous les Canadiennes et Canadiens réclament des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et des autorités locales en santé toutes les informations claires et précises sur les questions de santé les touchant et touchant leur collectivité et prennent part de façon active aux consultations menant à la prise de décisions sur les priorités des soins de la santé.

8. En terminant, le CCNTA traite du besoin de communication ouverte entre les décideurs et les intervenants et de la responsabilité des citoyens de prendre part aux décisions relatives à l'allocation des ressources aux soins de santé. Le CCNTA recommande que:

Les comités de déontologie contrôlent l'utilisation de directives, de testaments de fin de vie ou de procurations afin qu'ils ne soient pas détournés de leur intention première et ne servent pas à refuser les traitements à des patients qui en ont besoin et qui y ont droit. Les requêtes de tout patient et des familles pour des services de santé dont les résultats espérés sont jugés marginaux par le praticien soient examinées par un comité indépendant formé de professionnels et d'éthiciens qui évalueraient la requête à la lumière des avantages potentiels comparés aux coûts potentiels.

6. En ce qui a trait aux façons dont les praticiens de la santé déterminent l'accès des patients aux services restreints, le CCNTA recommande que:

Les décideurs du niveau intermédiaire élaborent les critères d'accès aux services de santé en établissant des lignes directrices relatives aux aspects cliniques et des protocoles de service, et qu'ils voient à l'application de ces critères par les praticiens.

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux accordent la priorité à l'appui de la dissémination des connaissances sur les meilleures pratiques médicales par l'entremise de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Les associations professionnelles et les établissements de santé mettent sur pied des cours de perfectionnement professionnel, des comités d'examen par les pairs, des vérifications indépendantes des pratiques et d'autres méthodes efficaces pour assurer que les praticiens demeurent au courant des dernières données sur l'efficacité de certains services et modifient leur pratique en conséquence.

7. En ce qui a trait au droit du patient de décider de son accès à des services de santé précis, le CCNTA recommande que:

L'on prenne en considération tous les facteurs touchant la capacité d'un patient de bénéficier des soins de santé, y inclus le soutien social, lors de l'évaluation des bénéfices et risques associés au choix de traitement.

Les services de santé ne soient offerts au patient qu'après avoir obtenu de lui un consentement éclairé, basé sur ses valeurs en matière de qualité de vie.

Des mesures visant à accroître la capacité de chaque individu à exercer son droit à l'autodétermination dans toute décision touchant ses soins de santé soient légalement reconnues et mises en œuvre à grande échelle.

3. En ce qui a trait à la régionalisation des prises de décision en matière des soins de santé, le CCNTA recommande que:

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, de même que les groupes intéressés déterminent les services de santé de base et les normes de qualité qui devraient être offerts partout au Canada et délèguent la responsabilité des services au-delà de ce minimum aux autorités locales de soins de santé.

Dans son examen de l'accessibilité aux services de santé, le CCNTA a étudié les questions d'accès public et privé aux soins, les méthodes de rémunération pour les soins dispensés, la façon dont les praticiens de la santé déterminent qui peut bénéficier des services auxquels l'accès est restreint et la portée et l'étendue des choix qu'ont les patients en matière de soins de santé.

4. En ce qui a trait aux questions d'accès public ou privé aux soins de santé, le CCNTA recommande que:

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux s'appliquent à maintenir un système de soins de la santé universel à un seul niveau offrant tous les services de santé essentiels.

5. En ce qui a trait aux méthodes de rémunération des praticiens pour les soins de santé dispensés, le CCNTA recommande que:

Les gouvernements provinciaux et territoriaux mettent en oeuvre des méthodes de rémunération des médecins qui combinent le salaire ou la capitation à la rémunération à l'acte afin d'encourager la prestation de soins de la santé d'une façon qui rencontre les besoins des patients tout en étant rentable.

Les administrations provinciales et régionales établissent une coordination intersectorielle entre les ministères ou secteurs s'intéressant à la santé et au bien-être de la population. Santé Canada, ainsi que les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé, les conseils régionaux de la santé et les établissements de santé accordent une plus grande importance qu'à présent à la promotion de la santé.

Le gouvernement fédéral, par l'entremise du Forum national sur la santé, consulte les Canadiennes et Canadiens afin de déterminer la valeur à accorder aux libertés individuelles par rapport à l'état de santé dans l'élaboration de mesures de protection et de promotion de la santé.

Les gouvernements provinciaux et territoriaux continuent de financer la recherche visant à évaluer le rendement du système de soins de la santé et lient l'allocation des ressources aux services existants ainsi qu'aux services proposés aux résultats de ces recherches.

Tout exercice d'établissement de priorités des services de santé basé sur des motifs économiques soit soumis à une tranchée de discussion avec toutes les personnes intéressées, dont les aînés et leurs associations, afin d'atteindre un consensus sur les priorités et afin d'éviter la discrimination.

Les provinces et territoires rendent disponibles à la population des fournisseurs de soins de la santé alternatifs, là où leurs services sont appropriés et rentables.

Les provinces et territoires encouragent le public à utiliser les services du fournisseur de soins de santé le moins coûteux au moyen de campagne d'éducation publique et encouragent la collaboration interdisciplinaire des fournisseurs de soins de la santé.

2. En ce qui a trait à l'efficacité des services et du rendement du système de soins de santé, le CCNTA recommande que:

LA POSITION DU CCNTA EN BREF

Le Canada a mis au point un système de soins de santé qui fournit des services complets et universels à tous les Canadiens et Canadiennes. Afin de préserver l'universalité de ce système de santé et les moyens de l'offrir, il sera nécessaire de faire des choix parmi les services dispensés. Les décideurs devront établir les priorités du système de soins à partir de principes cohérents et après avoir consulté tous ceux qui seront touchés par les décisions dans le domaine de la santé, y inclus les aînés.

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) a consulté Douglas Angus, économiste de la santé, et les principaux organismes d'aînés dans le but d'établir des principes qui serviraient à établir la distinction entre les services de santé essentiels et ceux qui ne le sont pas. En préparant sa prise de position, le CCNTA a pris en considération les principes d'éthique qui s'appliquent à l'allocation des ressources publiques et les différents paliers de décision qui entrent en jeu dans le domaine des services de santé.

Dans l'examen qu'il a fait de la disponibilité et de la qualité des services de santé, le CCNTA a étudié la proportion des ressources allouée à la promotion de la santé par rapport à celle allouée aux soins et s'est penchée sur les questions de l'efficacité et du rendement des services et soins dispensés ainsi qu'à la régionalisation des prises de décision pour ce qui est des soins de santé.

1. En ce qui a trait à l'allocation des ressources entre la promotion de la santé et les soins de santé, le CCNTA recommande que:

Le gouvernement fédéral alloue les ressources nécessaires au développement d'une collaboration efficace et durable entre les ministères ou organismes gouvernementaux dont les activités influencent l'état de santé des Canadiennes et Canadiens afin de renforcer les déterminants sociaux, économiques et environnementaux favorables à la santé.

Le CCNTA croit que:

- La société doit reconnaître les mêmes droits, devoirs et privilèges à tous, peu importe leur âge.
- Les aîné-e-s ont droit à l'autonomie tout en bénéficiant de l'interdépendance, droit de prendre leurs propres décisions, y compris de 'vivre à risque'.
- Les aîné-e-s doivent participer à l'élaboration des politiques et des programmes.
- Les aîné-e-s doivent pouvoir compter sur une protection de revenu adéquate, sur un accès universel aux soins de la santé et sur la présence d'une gamme de programmes et de services capables de soutenir leur autonomie, cela, dans toutes les régions du pays. Les politiques et les programmes doivent aussi tenir compte de l'hétérogénéité et de la diversité culturelle chez les aîné-e-s.

EN QUOI CONSISTE LE CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE?

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) a été créé par décret le 1^{er} mai 1980, afin d'aider le ministre de la Santé et de la qualité de vie des personnes âgées. Le Conseil étudie les besoins et les problèmes des aîné-e-s, recommande des mesures correctives, assure la liaison avec les autres groupes intéressés au vieillissement, favorise les discussions avec le grand public et publie et diffuse de l'information sur le vieillissement.

Le Conseil est composé d'au plus dix-huit membres venant de toutes les parties du Canada. Les membres sont choisis en raison de leur intérêt et de leur expertise dans le domaine du vieillissement. Ils font bénéficier le Conseil de leur expérience, de leurs préoccupations et de leurs compétences.

MEMBRES DU CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE

Président
(au 9 février 1995)

John E. MacDonald
Inverness (Nouvelle-Ecosse)

Membres

Horhense Duclos	Montréal (Québec)
Gerald Hodge	Vancouver (Colombie-Britannique)
Bernice MacDougall	Estevan (Saskatchewan)
Juliette Pilon	Sudbury (Ontario)
Douglas Rapelje	Welland (Ontario)
Patricia Raymaker	Calgary (Alberta)
Médard Soucy	Baie-Comeau (Québec)
Mary Ellen Torobin	Gloucester (Ontario)
Joyce Thompson	Charlottetown (Île-du-Prince-Edouard)
Paul Wong	Peterborough (Ontario)

Pour obtenir de l'information sur ce rapport, communiquez avec le:

Conseil consultatif national sur le troisième âge
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9
tél: (613) 957-1968
fax: (613) 957-7627

John E. MacDonell, M.D., FRCP(C)
Président
Susan Fletcher
Directrice exécutive
Direction des aînées et aînés

La Direction des aînées et aînés fournit un appui fonctionnel au Conseil consultatif national sur le troisième âge.

LA POSITION DU CCNTA SUR... contient les opinions et les recommandations du Conseil relativement aux besoins et aux préoccupations des aîné-e-s, ainsi qu'aux questions liées au vieillissement de la population.

1^{ère} impression, 1995.

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1995
N° de cat.: H-71-2/2-17-1995
ISBN: 0-662-61702-9

**LA POSITION DU CCNTA
SUR L'ÉTABLISSEMENT DES PRIORITÉS DANS LES SOINS
DE LA SANTÉ: LE POINT DE VUE DES AÎNÉ-E-S**

**Cette position a été adoptée à l'unanimité par
les membres du CCNTA à la 41^e réunion
du Conseil, les 7 au 9 février 1995**

Conseil consultatif national sur le troisième âge

La position du CCNTA

sur l'établissement des priorités dans les soins
de la santé: le point de vue des aîné-e-s

N° 17

